

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# **A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA TOLERÂNCIA À ATIVIDADE E NA DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO**

*SOFIA CLARA COSTA MARINHO SANTOS MOURA*

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

2015



*SOFIA CLARA COSTA MARINHO SANTOS MOURA*

**A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA TOLERÂNCIA À  
ATIVIDADE E NA DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre  
em Ciências de Enfermagem, submetida ao  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
da Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Paulino Artur  
Ferreira de Sousa,  
Professor Coordenador  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientador – Professor Doutor Miguel Padilha  
Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto



## CITAÇÃO

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos é uma gota de água no oceano. Mas o oceano seria menor se lhe faltasse essa gota” (Madre Teresa de Calcutá)*



## AGRADECIMENTOS

*Aos Professores Doutores, Paulino Sousa e Miguel Padilha,  
profundamente grata pela sua orientação e,  
pela mais-valia do seu conhecimento e exigência*  
*Aos clientes da Consulta de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João,  
pela sua disponibilidade e partilha  
de vivências da sua vida diária...*  
*Aos amigos que estiveram presentes nesta caminhada...*  
*À minha querida mãe, Alzira Marinho e à minha irmã, Bárbara Marinho,  
que sofreram com a minha ausência...*  
*E a ti, Vasco André, companheiro presente em todos os momentos da minha vida.*

**A TODOS, MUITO OBRIGADA**





## RESUMO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia crónica onde a evolução é lenta e progressiva. A IC caracteriza-se, do ponto de vista funcional, como uma patologia que provoca limitação na realização das atividades de vida diária e consequente perda de autonomia por parte do cliente com IC. Esta perda de autonomia encontra-se associada à presença de intolerância à atividade, apresentando sinais e sintomas clássicos como a dispneia, edemas e cansaço fácil. Esta sintomatologia leva a que o cliente procure a inatividade como forma de preservar energia tornando-se progressivamente mais dependente. Por isso, torna-se fundamental, o desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC, essenciais para o controlo da doença, nomeadamente para o tratamento e gestão eficaz do regime terapêutico. Para que as intervenções de enfermagem promovam o desenvolvimento de competências de autocuidado nestes clientes, torna-se fundamental disponibilizar aos enfermeiros recursos que viabilizem a obtenção de informação relevante para suportar o processo de tomada de decisão, e que neste contexto caracterize o nível de tolerância à atividade e capacidade para o autocuidado dos clientes com IC.

Para dar resposta a estes objetivos, foi desenvolvido um estudo de natureza exploratória descritiva e de carácter transversal, com recurso a uma amostra consecutiva de conveniência, constituída por 116 clientes com Insuficiência Cardíaca acompanhados na consulta de um hospital português. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um formulário com questões sociodemográficas, clínicas e de carácter funcional, nomeadamente, de caracterização da intolerância à atividade e do nível de dependência na execução de atividades de autocuidado. O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revelou um nível de fidelidade adequado, apresentando para as questões associadas à intolerância à atividade um valor Alpha de Cronbach de 0,981, e para as associadas ao autocuidado um valor Alpha de Cronbach de 0,991.

A amostra do estudo foi constituída por clientes com uma média de 70,7 ( $DP \pm 13,4$ ), anos de idade, sendo na sua maioria do sexo masculino (65,5%), e reformados (78,4%). No momento em que foram inquiridos apresentavam um valor médio de FEVE de 31,7% ( $DP \pm 12,5$ ), e referiram que a Insuficiência Cardíaca os tem impedido de realizar algumas das atividades do seu dia-a-dia.

Neste estudo, constatamos que as atividades que exigem maior compressão torácica no sentido de flexão do tronco e as que requerem um maior esforço físico (nomeadamente o “andar”, no que se reporta à velocidade, distância e subir escadas) são as referidas pelos indivíduos da amostra com sendo as atividades a que são mais intolerantes e dependentes na sua concretização.

A intolerância à atividade é influenciada pelas variáveis sociodemográficas idade e número de anos de escolaridade, verificando-se que os clientes que referem “nenhuma ou reduzida falta de ar” são mais novos que os clientes que referem “pouca e alguma falta de ar” ( $p = 0,001$ ). Os clientes com mais anos de escolaridade são os clientes que referem menor falta de ar ( $r_s116 = 0,282$ ;  $p = 0,01$ ).

A variável clínica, classe funcional, influencia a intolerância global à atividade ( $r_s113 = 0,517$ ) e a dependência global no autocuidado ( $r_s115 = -0,444$ ) nos clientes com IC.

Das variáveis sociodemográficas em estudo apenas o sexo e o número de anos de escolaridade influenciam a dependência global no autocuidado dos clientes com IC, verificando-se que são os homens que apresentam menor dependência global no autocuidado ( $U = 1077,5$ ;  $W = 1897,5$ ;  $p < 0,001$ ; Mean Rank: sexo masculino = 64,32; sexo feminino = 47,44). Neste estudo os clientes independentes no autocuidado são os que têm mais anos de escolaridade ( $r_s116 = 0,356$ ;  $p = 0,01$ ).

Relativamente à nossa amostra, verificamos ainda que com o aumento da intolerância global à atividade, aumenta também a dependência global no autocuidado ( $r_s113 = 0,432$ ;  $p = 0,01$ ).

A intolerância à atividade adquire um grande impacto sobre a qualidade de vida destes clientes, provocando limitações funcionais que levam à diminuição da capacidade para realizar as atividades de autocuidado. Por isso, torna-se necessário implementar ações centradas na necessidade de adoção de estratégias que permitam uma melhor gestão de energia dos clientes com IC, para que consigam manter a sua autonomia e consequentemente ter melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Intolerância à Atividade, Autocuidado, Enfermagem.

## ABSTRACT

Heart failure (HF) is a chronic disease where the evolution is slow and progressive. The HF is characterized, from a functional point of view as a pathology that causes limitations in performing activities of daily life and loss of autonomy. This situation is linked to the presence of activity intolerance, presenting signs and symptoms classics as dyspnea, edema and fatigue easily. This leads to symptoms that the client look for inactivity in order to preserve energy becoming increasingly dependent. Therefore, it is fundamental the development of self-care skills in clients with heart failure, essential for controlling the disease, particularly for the treatment and effective management of the therapeutic regimen. To promote the development of self-care skills these customers, it is essential to make available to nurses, resources that enable obtaining relevant information to support the decision-making process, and in this context, characterize the level of tolerance activity and capacity for self-care in clients with HF.

Responding to these goals, we developed an exploratory, descriptive and transversal, using a consecutive convenience sample of 116 clients with heart failure followed up in an outpatient of a Portuguese central hospital. The data collection instrument was a form with demographic, clinical and functional issues, in particular the characterization of activity intolerance and the level of dependency in performing self-care activities. The study of the psychometric properties of the instrument proved adequate fidelity level, presenting to the issues associated with intolerance activity a Cronbach's Alpha value of 0.981, and for self-care capacity issues a value of 0.991.

The clients of this study have an average of 70.7 ( $SD \pm 13.4$ ) years of age, mostly males (65.5%) and retired (78.4%). At the time they were surveyed they had an average LVEF of 31.7% ( $SD \pm 12.5$ ), and reported that the heart failure unable them to perform some activities of daily life. In this study we found that the activities that require more chest compression towards the trunk flexion and those that require more physical effort (particularly "walking", with fast pace, upstairs and up inclines) are reported by clients as the activities that they have more intolerance and dependence in its implementation.

The activity intolerance is influenced by sociodemographic variables as age and number of years of schooling, we verified that clients that refer "no or reduced breathlessness" are younger than who reported "little and some shortness of breath" ( $p = 0.001$ ). IC clients with more years of schooling are who reported less shortness of breath ( $r_{s116} = 0.282$ ;  $p = 0.01$ ). The clinical variable, functional class, influences the overall activity intolerance ( $r_{s113} = 0.517$ ) and global dependence in self-care ( $r_{s115} = -0.444$ ) on clients with HF. From sociodemographic variables only the sex and the number of schooling years influence the global dependence in self-care: men are those who have less global dependence in

self-care ( $U = 1077.5$ ;  $W = 1897.5$ ;  $p < 0.001$ ; Mean Rank: male = 64.32; female = 47.44) and independent clients are those who have more years of education ( $r_s116 = 0.356$ ;  $p = 0.01$ ). In our sample, we also found that the increasing global intolerance activity also increases the overall dependency on self-care ( $r_s113 = 0.432$ ;  $p = 0.01$ ).

The activity intolerance acquires a major impact on the quality of life of IC clients, causing functional limitations that lead to decreased ability to perform activities of self-care. Therefore, it is necessary to implement actions focused on the need to adopt strategies to active management of energy to initiate and sustain activity, so that they can maintain their autonomy and consequently have better quality of life.

Keywords: Heart Failure; Activity intolerance, Self-Care, Nursing.

## ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AHA – American Heart Association  
AVD`s - Atividades da Vida Diária  
CHSJ – Centro Hospitalar São João  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DEFS - Dutch Exertion Fatigue Scale  
DGS – Direção geral de saúde  
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
Ed - Edição  
EPICA - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto  
et al - e outros  
EUA - Estados Unidos da América  
ex. - Exemplo  
FEVE - Fração de ejeção do ventrículo esquerdo  
IC - Insuficiência Cardíaca  
ICA - Insuficiência cardíaca aguda  
ICC - Insuficiência cardíaca crónica  
ICNP - International Classification for Nursing Practice  
ICS - Insuficiência Cardíaca Sistólica  
K-S - Teste de Kolmogorov-Smirnov  
N - Número de Casos  
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association  
NIC - Nursing Interventions Classification  
nº - Número  
NOC - Nursing Outcome Classification  
NYHA - New York Heart Association  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
 $p$  - Nível de Significância  
QV - Qualidade de vida  
 $r_s$  - Correlação Ró de Spearman  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
Vol. - Volume



## ÍNDICE

Introdução.....	19
1. A pessoa com insuficiência cardíaca.....	21
1.1. A Insuficiência Cardíaca.....	21
1.2. A Intolerância à Atividade na pessoa com Insuficiência Cardíaca .....	27
1.3. O Autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca.....	30
1.4. Qualidade de vida da pessoa com Insuficiência Cardíaca.....	33
2. Metodologia do Estudo de Investigação.....	37
2.1. Justificação e pertinência do estudo.....	37
2.2. Desenho do Estudo.....	39
2.2.1. Contexto do Estudo.....	39
2.2.2. População e Amostra .....	40
2.2.3. Instrumento de Recolha de Dados .....	41
2.2.5. Estratégia de Tratamento e Análise dos Dados.....	43
2.2.6. Considerações Éticas.....	44
3. Apresentação e discussão dos resultados .....	47
3.1. Caracterização da Amostra.....	47
3.2. Fidelidade e Validade do Instrumento de Recolha de Dados .....	51
3.3. A Intolerância à Atividade na Pessoa com Insuficiência Cardíaca.....	52
3.3.1. A Intolerância Global à Atividade de Autocuidado .....	56
3.4. A Dependência para o Autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca .....	58
3.4.1. A Capacidade Global para realizar atividades do Autocuidado .....	62
3.5. Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e intolerância à atividade na pessoa com Insuficiência Cardíaca.....	64
4. Conclusões .....	67
4.1. Implicação para a Enfermagem.....	67
4.2. Implicações para futuras investigações .....	68
4.3. Limitações do estudo .....	68
5. Referências bibliográficas .....	69
Anexos .....	83
Anexo 1 - Autorização para a utilização do Instrumento de Dependência no Autocuidado e Intolerância à Atividade	
Anexo 2 - Autorização do Centro Hospitalar São João EPE	
Anexo 3 - Instrumento de Recolha de Dados (Padilha, 2012)	
Anexo 4 - Distribuição da amostra pelo Nível de Escolaridade	

Anexo 5 - Variáveis Clínicas: Etiologia da doença e Classificação funcional

Anexo 6 - Análise das variáveis: Idade; Nº de anos de doença; FEVE e Atividade profissional

Anexo 7 - Instrumento de Avaliação da Tolerância à Atividade: consistência interna

Anexo 8 - Instrumento de Avaliação da Dependência para o Autocuidado: consistência interna



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Distribuição das variáveis: sexo, estado civil, atividade profissional e local de residência .....	48
<b>Tabela 2</b> Distribuição das variáveis: Residência, Com quem vive, Suporte para o autocuidado .....	49
<b>Tabela 3</b> Distribuição das variáveis: IC (nº de anos) e FEVE (%) .....	50
<b>Tabela 4</b> Distribuição das variáveis clínicas: Classificação funcional e Etiologia .....	50
<b>Tabela 5</b> A consistência interna dos formulários.....	51
<b>Tabela 6</b> A correlação entre os itens (mínima e máxima correlação total) .....	52
<b>Tabela 7</b> Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Higiene .....	53
<b>Tabela 8</b> Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Alimentar-se .....	54
<b>Tabela 9</b> Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Vestir-se e Despir-se .....	54
<b>Tabela 10</b> Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Andar .....	55
<b>Tabela 11</b> Apresentação das frequências, absolutas e relativas, da amostra relativamente à caracterização da intolerância no autocuidado .....	57
<b>Tabela 12</b> Análise descritiva da intolerância à atividade nos diferentes subdomínios do autocuidado .....	57
<b>Tabela 13</b> As frequências, absoluta e relativa, relativas à dependência nos diferentes itens do Autocuidado Higiene.....	59
<b>Tabela 14</b> As frequências, absoluta e relativa, relativas à dependência nos diferentes itens do Autocuidado Alimentar-se .....	60
<b>Tabela 15</b> As frequências, absoluta e relativa, relativas à capacidade para a realização das diferentes atividades do Autocuidado Vestir-se/Despir-se .....	60
<b>Tabela 16</b> As frequências, absoluta e relativa, relativas à capacidade para a realização das diferentes atividades do Autocuidado Andar .....	61
<b>Tabela 17</b> As frequências, absoluta e relativa, da amostra relativamente aos scores globais da dependência no autocuidado .....	63
<b>Tabela 18</b> Análise descritiva dos subdomínios da dependência no autocuidado .....	64
<b>Tabela 19</b> Relação entre a intolerância à atividade e a variável demográfica: número de anos de escolaridade.....	65
<b>Tabela 20</b> Relação entre a variável demográfica, número de anos de escolaridade e a dependência global no autocuidado.....	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** Distribuição da percentagem dos indivíduos por classe de escolaridade.....49

**Gráfico 2** Relação entre a intolerância à atividade e a variável demográfica: idade .....65

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação surge no âmbito do XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, que me encontro a frequentar, e tem como objetivo demonstrar a aquisição de conhecimentos na área de investigação.

É através da investigação científica que conseguimos aumentar o corpo de conhecimentos, e como sabemos para qualquer investigação científica a temática deve ser pertinente e atual. A problemática da Insuficiência Cardíaca (IC) desde logo me fez sentido investigar uma vez que desempenho funções de enfermeira generalista numa Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina de um Hospital Central do Porto, e a presença de clientes internados do foro cardíaco tem sido uma constante. Por outro lado a IC tem sido apontada como um importante problema de saúde pública e considerada como uma nova epidemia com elevada mortalidade e morbilidade. Segundo dados atuais da American Heart Association (AHA) no período (2007-2012) foi estimada uma prevalência de 5,1 milhões de indivíduos com IC somente nos Estados Unidos. As projeções relativamente à IC tenderão a atingir 46% entre os anos, 2012-2030. O que significa que mais de 8 milhões de pessoas acima dos 18 anos de idade apresentarão IC. Este aumento da prevalência da patologia dever-se-á provavelmente ao aumento da esperança de vida, uma vez que abrange pessoas situadas em faixas etárias superiores”. (Albuquerque & colaboradores, 2015)

Atualmente esta síndrome representa aproximadamente 1-2% da população adulta nos países desenvolvidos, com a prevalência a aumentar para  $\geq 10\%$  nas pessoas com idade igual ou superior a 70 anos. (Mosterd et al, 2007)

Associada a esta patologia existem sinais e sintomas considerados importantes, como a dispneia, o edema maleolar e a fadiga, que podem tornar-se limitativos e condicionarem a vida destes clientes, por incapacidade na realização das suas atividades de vida diária (AVD's).

Neste sentido, é sem dúvida necessária uma intervenção multi e interdisciplinar, na qual a Enfermagem tem um papel fundamental, tornando-se decisiva no sentido de ajudar o cliente a consciencializar-se das suas limitações, permitindo-lhes uma adaptação funcional perante o seu novo estado de saúde.

É neste campo que pretendemos enquadrar a nossa investigação, no sentido de perceber quais as limitações efetivas dos clientes com IC, assim como o seu reflexo nas atividades do autocuidado. Desta forma poderemos mais facilmente delinear estratégias facilitadoras do processo de adaptação á nova situação de saúde.

Esta problemática será o cerne deste trabalho, que se encontra subdividido em três pontos principais. Inicialmente iremos abordar alguns aspetos centrais relativos ao enquadramento teórico, nomeadamente no que concerne à temática da pessoa com IC, estando subjacentes subtemas como a insuficiência cardíaca e suas implicações, a intolerância à atividade na pessoa com insuficiência cardíaca e as condicionantes que a insuficiência cardíaca pode reportar para o autocuidado e consequentemente para a qualidade de vida dos clientes com esta patologia. No segundo ponto iremos apresentar a metodologia do estudo de investigação, nomeadamente, a justificação e pertinência do estudo e o desenho do mesmo, fazendo referência neste ponto ao contexto do estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, estratégia de tratamento e análise dos dados e por fim os aspetos éticos que acompanharam sempre o nosso estudo. No terceiro ponto faremos a apresentação e discussão dos resultados, nomeadamente fazendo a caracterização da amostra, determinando a fidelidade e validade do instrumento de recolha de dados, apresentando posteriormente os dados relativos ao impacto da IC na tolerância à atividade e na capacidade para o autocuidado, no final deste ponto apresentaremos a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a intolerância à atividade na pessoa com insuficiência cardíaca. Nas considerações finais, apresentaremos uma síntese do estudo com relevo para as suas implicações para a Enfermagem e futuras investigações, bem como sobre as limitações deste estudo.

## 1. A PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Na atualidade o envelhecimento populacional consequente do aumento da esperança média de vida está relacionado com a evolução científica em saúde que muito tem contribuído para a determinação precoce de diagnósticos e tratamentos de diversas doenças, levando consequentemente a uma maior prevalência de doenças crónicas, sendo uma delas a Insuficiência Cardíaca. A pessoa com IC para conseguir manter a sua autonomia e preservar a sua qualidade de vida no autocuidado necessita de integrar no seu quotidiano, estratégias adaptativas de tolerância à atividade, permitindo-lhe assim uma melhor adequação à sua situação de saúde.

### 1.1. A Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca pode definir-se como *“uma anomalia na estrutura ou na função cardíaca, que resulta na incapacidade do coração de fornecer oxigénio a uma taxa ideal para corresponder às exigências dos tecidos metabolizadores, apesar das pressões de enchimento normais (ou apenas à custa do aumento das pressões de enchimento)”*. (European Society of Cardiology, 2012).

A IC é definida, clinicamente, como uma síndrome na qual os clientes têm sintomas típicos, como a dispneia, edema maleolar, fadiga, sinais como a turgescência venosa jugular, crepitações pulmonares e área de impulso máximo deslocada, resultantes de uma anomalia na função ou estrutura cardíaca. O diagnóstico da IC pode ser difícil, uma vez que muitos dos sintomas da IC não são discriminatórios e, por conseguinte, têm um valor de diagnóstico limitado (Kelder JC et al, 2011). Muitos dos sinais da IC resultam da retenção de água e sódio e solucionam-se rapidamente com terapêutica diurética, ou seja, podem não se verificar em clientes que recebam esse tratamento. Assim, a demonstração de uma causa cardíaca subjacente é fulcral para o diagnóstico da IC. Normalmente, é uma doença do miocárdio que causa disfunção ventricular sistólica. No entanto, as anomalias da função diastólica ventricular ou das válvulas, pericárdio, endocárdio, do ritmo cardíaco e condução também podem causar IC (e pode haver mais do que uma anomalia) A identificação do problema cardíaco subjacente também é fulcral por motivos terapêuticos, pois a patologia exata determina o tratamento específico usado (por exemplo, cirurgia valvular para doenças valvulares, terapêutica farmacológica específica para disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, etc.).

Sabe-se que a doença arterial coronária é a causa mais frequente subjacente à IC, afetando cerca de dois terços dos clientes com esta patologia. Os restantes não tendo uma causa isquémica de disfunção cardíaca, podendo ter uma causa identificada (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infeção vírica anterior, consumo abusivo de álcool, quimioterapia, doença valvular ou miocardite) ou não ter nenhuma causa discernível (por exemplo, cardiomiopatia dilatada idiopática) (European Society of Cardiology, 2012).

Nos adultos, aproximadamente 60% dos casos de IC está associada à disfunção ventricular esquerda sistólica, e nos restantes 40% à disfunção diastólica, sendo esta mais observada pelo aumento da expectativa de vida da população (European Society of Cardiology, 2012).

A IC pode ser caracterizada segundo a Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE), é considerada diastólica se o valor for menor que 40%, e sistólica se a FEVE for maior que esse valor. (Kemp e Conte, 2012). A IC sistólica é designada quando há uma deficiente contração ventricular, manifestando-se através de uma FEVE reduzida em que o volume diastólico final aumenta, isto significa que, o coração apresenta uma força insuficiente para bombear o sangue, levando à dilatação do ventrículo esquerdo (Kemp & Conte, 2012). Por sua vez a IC diastólica caracteriza-se por serem deficientes, o enchimento e relaxamento ventricular esquerdo, isto é, o ventrículo esquerdo é incapaz de encher adequadamente sob pressões normais. Como resultado temos um volume diastólico final diminuído, refletindo-se na redução também do volume sistólico. Isto conduz à elevação da pressão diastólica final, sendo comuns sintomas de baixo débito cardíaco (Kemp & Conte, 2012). O prognóstico é melhor nos clientes com disfunção diastólica quando comparados com os clientes com disfunção sistólica (McMurray et al., 2012).

Um dos parâmetros importantes a ter em conta no diagnóstico e classificação da IC é sem dúvida a FEVE. Este parâmetro poderá ser um indicador das limitações que a doença impõe sobre a capacidade do cliente se autocuidar (New York Heart Association, 2012).

Outros aspetos fundamentais a avaliar na IC são os sinais e sintomas existentes, para possibilitar o reconhecimento da patologia bem como para a monitorização da resposta ao tratamento ao longo do tempo (Blackwell, 2013). Apesar de poderem modificar-se rapidamente: um cliente considerado estável pode, repentinamente, desenvolver dispneia em repouso. A deterioração dos sintomas pode indiciar risco de hospitalização e morte (McMurray et al., 2012).

Alguns dos sintomas clássicos da insuficiência cardíaca incluem dispneia com esforço, ortopneia, dispneia noturna, tosse seca irritante e fadiga inexplicável. Podem ainda ocorrer sinais como fervores, terceiro som cardíaco, edema periférico, aumento de peso inexplicável, distensão venosa jugular, ingurgitação hepática, ascite e agravamento da

dispneia, quando há sobrecarga de volume. Muitos destes sinais têm origem nos mecanismos compensatórios do organismo (Blackwell, 2013).

E foram baseadas nos sintomas que este tipo de clientes apresenta que surgiram escalas de classificação da IC. Uma delas, e das mais utilizadas, é a escala de New York Heart Association (NYHA, 2002). Segundo esta escala a IC crónica é classicamente categorizada com base na intensidade de sintomas em 4 classes. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades quotidianas do indivíduo; é de referir, portanto, que esta classificação além de possuir carácter funcional é também uma forma de avaliar as limitações funcionais do cliente relativamente à sua doença. As quatro classes são:

- Classe I (leve) - Sem limitação da atividade física. A atividade física normal não causa fadiga, palpitação ou dispneia (falta de ar).
- Classe II (leve) - Discreta limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas algumas atividades físicas resultam em fadiga, dispneia ou palpitações
- Classe III (moderada) - Marcada limitação de atividade física. Confortável em repouso, mas esforços menores que as atividades comuns causam fadiga, palpitação ou dispneia.
- Classe IV (grave) - Não é possível realizar qualquer atividade física sem desconforto.

Existem sintomas de insuficiência cardíaca em repouso. Se qualquer atividade física é realizada, o desconforto aumenta.

(É de salientar que esta categorização tem como base de referência para sua gradação as atividades quotidianas, que são variáveis de um indivíduo para outro, o que confere subjetividade a esta medida).

É importante salientar que a gravidade dos sintomas não se correlaciona proporcionalmente com a função ventricular, e que, embora exista uma clara relação entre a gravidade dos sintomas e a sobrevivência, clientes com sintomas leves ainda podem ter alto risco para internamento e morte (McMurray et al., 2012). Apesar de ser difícil estabelecer um prognóstico, tem-se verificado uma taxa de mortalidade anual de 30 a 70% nos clientes com sintomas em repouso (classe IV da New York Heart Association (NYHA) e de 5 a 10% nos clientes cujos sintomas surgem para atividades moderadas (classe II).

A IC também pode ser também classificada de acordo com a progressão da doença, o que permite uma compreensão evolutiva da doença. Segundo a American College of Cardiology / American Heart Association, (2007) a categorização de clientes com IC

segundo esta classificação baseia-se em dados da história clínica, permitindo ao profissional de saúde avaliar a progressão da doença, grau de intolerância á atividade, permitindo-lhe desta forma definir prioridades e estratégias terapêuticas. Esta forma de categorização permite uma compreensão evolutiva da doença e, ainda, serve de base para a identificação de clientes com indicação de intervenções predominantemente preventivas (estádios A e B), terapêuticas (estadio C) ou seleção de clientes para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estadio D):

- Estadio A - Inclui clientes sob risco de desenvolver insuficiência cardíaca, mas ainda sem doença estrutural perçetível e sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca.
- Estadio B - Clientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca.
- Estadio C - Clientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de insuficiência cardíaca.
- Estadio D - Clientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014) as doenças do aparelho circulatório continuam a ser a primeira causa de morte em Portugal. De acordo com a OMS (2013) nos próximos anos as doenças cardiovasculares continuarão no ranking das mais letais, e em 2030, elas serão responsáveis pela morte de 23,6 milhões de pessoas.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) refere que a IC atinge mais de 260 mil clientes, constituindo-se no mais frequente diagnóstico de internamento em pessoas com mais de 60 anos (SPC, 2012). Em Portugal, de acordo com os estudos de Ceia e Fonseca (2007) a prevalência da IC em Portugal situa-se entre 1,36% no grupo etário dos 25 aos 50 anos e 16% acima dos 80 anos. E no que remete ao número de hospitalizações decorrentes das complicações associadas à IC, estima-se que a nível nacional, 2/3 dos clientes com IC são hospitalizados em média 2 vezes por ano e aproximadamente 35% dos novos casos de IC são hospitalizados nos primeiros 12 meses subsequentes ao diagnóstico (Fonseca, 2009). Segundo Fonseca (2009) apesar do mau prognóstico da IC, do enorme impacte social e económico, com custos estimados em mais de 2% do total do orçamento para a saúde dos países industrializados, os dados epidemiológicos existentes sobre esta síndrome, na população em geral, são reduzidos, tornando-se por isso difícil quantificar o seu real impacte. Fonseca (2009) refere ainda que a estimativa de prevalência da IC tenderá a aumentar de 50 a 75% até 2030.



No sentido de reduzir a prevalência da IC assim como de minimizar a sua progressão está preconizado o tratamento para esta patologia englobando duas vertentes, a farmacológica e a não farmacológica.

Foram desenvolvidas algumas orientações, nomeadamente pela European Society of Cardiology (2012) e pela American Heart Association (2012), essenciais para a gestão do regime terapêutico nos clientes com IC, sendo elas: restrição de sódio e líquidos, controlo diário do peso corporal; monitorização e interpretação dos sintomas de deterioração clínica da doença, prática regular de exercício físico; adesão e gestão eficaz do regime terapêutico e adoção de comportamentos preventivos como a imunização.

A excessiva ingestão de sódio contribui para a sobrecarga hídrica, sendo uma das principais causas de hospitalizações. As orientações internacionais referem que embora não haja um consenso sobre o nível ideal de restrição de sódio em clientes com IC, considerados clinicamente estáveis (NYHA classe I e II e sem edema periférico), o consumo de sódio é de 3 g por dia. Para os clientes das classes III e IV que necessitam de regime diurético a ingestão sódica deve ser somente de 2 g por dia (American Heart Association, 2012).

Para a Heart Failure Practice Guideline (2010) não basta aos profissionais de saúde questionarem o cliente e família se têm uma alimentação hipossódica, é necessário recolher informação relativa aos hábitos alimentares, uma vez que a maioria da ingestão de sódio advém de alimentos processados e pré-embalados. De salientar que deve ser recomendada uma restrição hídrica à pessoa com IC, de acordo com a sua condição clínica tendo em conta também a dose de diurético prescrita (Bocchi et al., 2009). Em média, a ingestão de líquidos sugerida é de 1,5 até 2 litros por dia em clientes sintomáticos (Heart Failure Practice Guideline, 2010). Deve ser dada a informação aos clientes da importância do registo diário da quantidade de líquidos que ingerem (Bocchi et al., 2009). As orientações quanto à aferição domiciliar do peso diário tem um papel importante na identificação dos sinais de hipervolemia ou perda de peso acentuada (American Heart Association, 2012). Os clientes com IC devem ser orientados para a avaliação do peso corporal logo de manhã após irem à casa de banho, sem roupa, em jejum e utilizando sempre a mesma balança. Os clientes também devem ser instruídos que um ganho de peso constante ao longo de um certo número de dias pode indicar retenção hídrica. Advertir para no caso de ganho de peso superior a 2 quilogramas relativamente a dois dias, contactar os profissionais de saúde. Por outro lado, os clientes que também percam uma quantidade similar de peso durante o mesmo período também devem contactar um

profissional de saúde (Heart Failure Practice Guideline, 2010). A literatura aponta para a realização de um ajuste da dose de diuréticos por meio de protocolos estruturados sob responsabilidade da equipa multidisciplinar que atende os clientes com IC (Rabelo et al., 2007)

Inicialmente, os clientes com IC toleram alguns sintomas como edema, ganho de peso e fadiga até uma semana e dispneia até 3 dias, antes de procurarem ajuda médica, e menos de 10% dos clientes hospitalizados associam o aumento de peso como sendo um sintoma de descompensação da IC (Van der Wal, Jaarsma, & Van Veldhuisen, 2005).

A gestão farmacológica a implementar depende da classificação funcional do cliente. Assim, para os clientes da classe I NYHA (que apresentam disfunção diastólica mas assintomáticos), o objetivo é retardar a progressão da doença, bloqueando os sistemas neuro-hormonais (utilizando como terapêutica inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, antiarrítmicos e digitálicos). Estes permitem diminuir o volume de sangue que o coração tem que bombear, ou seja, diminuem a pré-carga, diminuem a resistência que o coração tem que superar para ejetar esse volume (pós-carga) ou aumentam a força de contração (ação inotrópica positiva) (Roncalli, 2009) Para os clientes que apresentam sintomatologia (classes II a IV NYHA), os objetivos são: diminuir a retenção de líquidos, minimizar a incapacidade funcional, impedir uma maior progressão da doença e a sua evolução para morte. Para tal, recorre-se usualmente a uma estratégia que combine diuréticos com intervenções neuro-hormonais (Blackwell, 2013). Em situações agudas da doença é comum, a suplementação de oxigenoterapia e a administração de fármacos intravenosos como por exemplo vasodilatadores, vasopressores, opióides e diuréticos (European Society of Cardiology, 2012; American Heart Association, 2012).

Em situações de cronicidade da doença, as medidas gerais para o tratamento da disfunção sistólica incluem o tratamento das comorbilidades (hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia), e os clientes devem ser incentivados a deixar de fumar e a diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, a menos que sejam portadores de cardiomiopatia induzida por álcool (neste caso cessar totalmente). Devem evitar temperaturas extremas e esforços físicos intensos.

A evidência dos benefícios da atividade física fez do exercício físico uma importante forma de controlo e tratamento da doença. A orientação sobre o exercício deve ser individualizada e de acordo com o grau da IC e a idade do cliente (Bocchi et al., 2009). Um programa domiciliar de caminhadas é uma das melhores opções para prevenir as consequências

negativas, tanto fisiológicas quanto psicológicas da inatividade. É necessário orientar os clientes no sentido destes identificarem a existência ou não de cansaço e de falta de ar para realizar as atividades do dia-a-dia e, a partir daí, iniciarem gradualmente a prática de exercício físico, caso não haja contraindicação médica (Rabelo et al., 2007).

Dados bibliográficos mostram que o condicionamento físico conseguido através do exercício melhora a tolerância ao esforço, aumenta a qualidade de vida e diminui a taxa de internamento destes clientes. O exercício pode ser caracterizado como medida terapêutica não farmacológica.

Uma das medidas preventivas na pessoa com IC é a vacinação. A IC é considerada uma condição de alto risco para infecções do trato respiratório, podendo levar à descompensação clínica, conduzindo a um aumento da morbidade e mortalidade (Bocchi et al., 2009). Para a prevenção das infecções respiratórias, os clientes devem efetuar a vacina contra o vírus Influenza (anualmente) e Pneumococcus (a cada cinco anos e a cada três anos em clientes com IC avançada) (Heart Failure Practice Guideline, 2010).

### **1.2. A Intolerância à Atividade na pessoa com Insuficiência Cardíaca**

A pessoa com insuficiência cardíaca apresenta sinais como a dispneia e a fadiga, predominantemente durante o exercício, a dispneia paroxística noturna, a ortopneia, o edema de membros inferiores e a tosse noturna. Estes sintomas, nomeadamente a fadiga e a dispneia, conduzem a limitações funcionais que podem comprometer ações de ordem psicológica e social, refletindo-se na qualidade de vida.

A IC, sendo uma patologia crónica, poderá apresentar períodos de agudização, precisando a pessoa com IC fazer um tratamento contínuo e para toda a sua vida, não ficando isento do agravamento da mesma, terá certamente uma sintomatologia que trará mudanças na sua qualidade de vida. As medidas terapêuticas não farmacológicas poderão proporcionar-lhe uma melhor adesão ao tratamento, assim como a possibilidade de aliviar condições (sinais e sintomas) que possam apresentar uma frequência considerável.

A fadiga, a falta de ar e a ortopneia, são sinais e sintomas frequentes em clientes com insuficiência cardíaca. Estes encontram-se diretamente relacionados com a progressão negativa da doença. A fadiga têm origem em diversas causas, regularmente pode estar associada a aspetos físicos, cognitivos e emocionais (Mota & colaboradores, 2009). A análise do conceito de fadiga e suas evidências clínicas indicam que a fadiga é a expressão de diversas sensações referidas pelos clientes como cansaço e falta de energia.

Segundo a classificação da North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I), fadiga é um diagnóstico de enfermagem e é definido como *"uma sensação*

*opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual"* (NANDA, 2002). Por ser um fenômeno muito subjetivo há a possibilidade de interpretações erradas relativamente a este diagnóstico.

Com o envelhecimento, o indivíduo tem dificuldade de prover a energia necessária, em função do processo dinâmico e progressivo de modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas. Este desequilíbrio tende a piorar com a presença de doenças crônicas, pois o organismo desenvolve um processo de adaptação com o intuito de manter o equilíbrio energético. A pessoa idosa com doença crônica precisa de definir objetivos e adotar novas prioridades de resposta tais como: cumprir o regime terapêutico, informar-se acerca da doença, saber lidar com incômodos físicos, perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades de locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança (Guedes et al, 2010). Consequentemente, se não forem tomadas estratégias de adaptação à nova condição, isso interferirá na qualidade de vida do indivíduo com IC.

Sabe-se que os clientes com IC normalmente apresentam intolerância à atividade, definida pela North American Nursing Diagnosis Association (2008) como o estado no qual um indivíduo tem energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias, requeridas ou desejadas.

Esta intolerância pode ser justificada pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitações que os clientes com IC sentem ao desenvolver as suas atividades diárias, consequente da incapacidade que o coração apresenta em manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio e da redução do fluxo sanguíneo periférico. A literatura refere ainda que os portadores de insuficiência cardíaca também apresentam alterações morfológicas e metabólicas na musculatura esquelética, interferindo na capacidade destes indivíduos realizarem determinadas atividades. Estudos recentes defendem que os clientes com insuficiência cardíaca crônica apresentam alteração da resistência muscular, independente do baixo débito cardíaco, ou do inadequado fluxo sanguíneo periférico (Soares et al, 2008). Além dos fatores fisiológicos envolvidos na diminuição da capacidade do indivíduo para realizar atividades físicas diárias, existem os fatores psicológicos como o medo e a ansiedade, relacionados com o estado de saúde alterado, que levam a pessoa a momentos de introspecção e depressão. Nesses momentos, o cliente tende a permanecer a maior parte do tempo deitado e a diminuir todas as suas atividades quotidianas (Soares et al, 2008).

O profissional de enfermagem pode auxiliar a pessoa com IC no sentido de diminuir a intolerância à atividade, preconizando estratégias de forma que o indivíduo consiga identificar os fatores que aumentam a sobrecarga cardíaca, e nessas situações consiga

adotar técnicas adaptativas necessárias à realização das atividades de vida diária, demonstrar tolerância ao aumento da atividade mantendo o pulso, a respiração e a pressão arterial dentro de variações predeterminadas e identifique indícios para interromper as atividades, como a fadiga, falta de ar e dor no peito (Carpenito, 1997)

As intervenções de enfermagem tornam-se relevantes no sentido de incutir, ao cliente com IC que apresente intolerância à atividade, estratégias que lhe permitam lidar com o esforço. Nomeadamente ensinar a pessoa a modificar a abordagem às atividades, regulando o gasto de energia (por exemplo, ter períodos de repouso durante as atividades, em intervalos durante o dia e por uma hora após as refeições; sentar, ao invés de ficar em pé durante as atividades, ao realizar uma tarefa descansar durante 5 minutos a cada 3 minutos, permitindo que o coração recupere; interromper a atividade se ocorrerem sinais de fadiga por esforço ou de hipoxia (frequência notavelmente aumentada do pulso, dispneia ou dor no peito). Uma outra intervenção de enfermagem é instruir a pessoa a evitar certos tipos de esforço, nomeadamente exercícios isométricos, por exemplo, usar os braços para levantar-se, carregar objetos, a manobra de valsalva, por exemplo curvar a cintura, endireitando-se, para levantar da cama ou a o fazer esforço para evacuar.

Outro fator contribuinte é o stresse emocional. Sendo crucial para o cliente com IC o auxílio na identificação dos fatores de stresse emocional (casa, trabalho, social), explicar os efeitos do stresse emocional sobre o sistema cardiovascular e discutir os vários métodos para o controle/redução do stresse, (como por exemplo uso de técnicas de relaxamento, ioga ou meditação biofeedback e exercícios regulares). Outro ponto essencial é sem dúvida o nível de atividade, sendo fundamental investigar o nível atual de atividade da pessoa, tendo em conta: Padrão habitual de atividade/repouso, distribuição das atividades com maior dispêndio de energia ao longo do dia, percepção pessoal das atividades que exigem maior esforço.

A presença de sintomas de intolerância à atividade na pessoa com IC condiciona as atividades de vida diárias nomeadamente ao nível do autocuidado.

Os clientes com IC deparam-se frequentemente com vários obstáculos na realização do seu autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento acerca da doença, dificuldade na obtenção de suporte social e emocional (While & Kiek, 2009). Existem aspetos essenciais que devem ser integrados pelos profissionais de saúde, para que haja um melhor controlo da doença. Nomeadamente, aspetos como a avaliação, o acompanhamento do cliente com IC e a prevenção de fatores precipitantes de descompensação da doença devem ser focos da ação destes profissionais.

### 1.3. O Autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca

Os clientes com IC deparam-se com obstáculos importantes no seu autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento acerca da doença, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional (While & Kiek, 2009).

O conceito de autocuidado é um dos conceitos centrais da Enfermagem e foi definido por Dorothea Orem como “ (...) *uma atividade aprendida pelos indivíduos, orientada para um objetivo. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou ao meio envolvente, para controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar*” (Orem, 1991, p.71).

A informação e o conhecimento adquiridos pelas pessoas também são fatores determinantes na execução das atividades de autocuidado, uma vez que, ao serem incorporados, estimulam o envolvimento da pessoa na promoção e/ou recuperação do autocuidado (Pace et al., 2006; Santos & Silva, 2006; Silva et al, 2006; Shuldham et al., 2007; Torres et al., 2009; Xavier et al., 2009). Corroborando Padilha (2006), o conhecimento é necessário para assegurar o autocuidado. Na mesma perspetiva, Silva (2007) constatou que a falta de capacidade e de conhecimento constituem os fatores que mais influenciam a realização das atividades de autocuidado.

Os fatores socioeconómicos, por exemplo, podem comprometer a adesão ao tratamento, hoje reconhecida como a principal causa de descompensação da doença (Johnson et al, 2009; Lunney et al., 2010).

Ao longo do ciclo vital, o cliente pode apresentar diferentes necessidades de autocuidado; capacidades para a sua satisfação; necessidades de ajuda de outros, pelas mais variadas razões. As alterações na condição do indivíduo ou do meio podem condicionar a sua independência no autocuidado. A dependência no autocuidado pode ocorrer em todas as idades, embora a sua prevalência aumente com a idade, porque o envelhecimento, favorece o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas, entre muitas outras. A Insuficiência Cardíaca é uma doença crónica e incapacitante que provoca défices ao nível da capacidade de autocuidado, podendo conduzir a diferentes níveis de dependência (Araújo, 2010). Importa referir que a pessoa pode ser incapaz de desempenhar as atividades de autocuidado por limitações resultantes de compromisso motor, sensorial ou da função cognitiva, ou até da sua combinação. Na perspetiva de Orem (2001, p.46), “*a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as atividades destinadas aos objetivos de autocuidado*”. Esta afirmação torna claro que o compromisso nos processos corporais (ICN, 2005)

dificulta a realização das atividades executadas pelo próprio, empurrando a pessoa para uma situação de dependência de outros (Pereira, 2008). Neste sentido, a pessoa dependente é aquela que durante um período de tempo, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outra pessoa ou de equipamento para realizar certas atividades da vida diária (Andrade, 2009; Araújo, 2010; Melo, 2010).

Importa salientar que, atendendo à abrangência do fenómeno autocuidado, na investigação realizada focámos a nossa atenção nos domínios: Auto cuidado higiene, auto cuidado vestir-se e despir-se, auto cuidado alimentar-se e auto cuidado andar (ICN, 2005). Pelo referido, e tendo como um dos principais objetivos avaliar o potencial para a tolerância à atividade e o seu reflexo ao nível das atividades do autocuidado, relativas há pessoa com insuficiência cardíaca entendemos ser importante abordar a Teoria de Enfermagem que, na nossa opinião, dá maiores contributos à compreensão desta problemática para o nosso estudo – *A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem*.

A Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem surgiu, no final dos anos 50, como o culminar da sua constante preocupação com a melhoria dos cuidados de enfermagem. A teoria tem como conceito básico o autocuidado, definido por Orem (2001, p.43) como “*a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*”.

O autocuidado, no sentido que a autora lhe atribui, organiza-se, estrutura-se ao longo do desenvolvimento humano e existe para suprir, satisfazer, necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital.

Segundo Orem (2001), todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar. Porém, quando por motivo de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar, pode necessitar de ajuda de pessoa ou equipamento a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

A teoria geral de enfermagem de Orem é constituída por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do *deficit* de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A **teoria do autocuidado** assenta na crença de que o cliente tem a capacidade e o direito de ser implicado na escolha do que lhe vai suceder. A crença do autocuidado está, portanto, associada ao desejo de facilitar e permitir que os clientes tomem iniciativas para serem responsáveis pelo próprio cuidado de saúde, quando isso é possível.

A **teoria do deficit de autocuidado** é o núcleo desta teoria geral de enfermagem e surge quando o cliente deixa de ser capaz, de satisfazer o seu próprio autocuidado, necessitando

de assistência ou ajuda de alguém qualificado. Os cuidados de enfermagem são necessários quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas no seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência, ou quando o indivíduo necessita de ajuda para se recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos. As ações de enfermagem têm como finalidade a promoção da autonomia do cliente (Orem, 1991).

A **teoria dos sistemas de enfermagem** surge como forma de compensar o déficit do autocuidado manifestado pelo cliente, pode ser um sistema totalmente compensatório, quando o cliente é totalmente incapaz de executar o seu autocuidado sendo o enfermeiro o responsável pela execução das atividades que dão resposta às carências do autocuidado; um sistema parcialmente compensatório, quando o cliente é capaz de satisfazer a maioria das necessidades do autocuidado, mas necessita de ajuda do enfermeiro, ou de outra pessoa, para a realização de algumas atividades ou um sistema de enfermagem de apoio e educação, em que a incapacidade em realizar o autocuidado deve-se à falta de informação, de conhecimento ou de suporte. Neste sistema, o cliente é potencialmente capaz de ser autossuficiente na realização do seu autocuidado bastando para isso que lhe seja disponibilizada informação ou meios de suporte. A este nível, o enfermeiro tem uma intervenção de vários tipos que se complementam, como por exemplo: ensino, apoio, orientação, promoção de um ambiente seguro e favorável às atividades requeridas (Orem, 1991).

As pessoas com IC experienciam regularmente situações de grande fragilidade no relacionamento marital e familiar, no seu exercício profissional e no seu papel perante a sociedade pela progressiva limitação da sua capacidade funcional (Mendes et al., 2010). Este comprometimento da capacidade funcional encontra-se diretamente relacionado com os níveis de qualidade de vida, traduzido principalmente pelas limitações nas atividades habituais do dia-a-dia, incapacidade para o trabalho e estabelecimento de relações sociais, além da relevante perda da independência (Scattolin et al, 2007). A perda da independência compromete diretamente o estabelecimento das atividades de autocuidado.

No entanto, há que ter em atenção que a postura do cliente face à progressão da doença e à emergência de novos desafios pode determinar a sua capacidade em satisfazer as necessidades de autocuidado. (Backman & Hentinen, 1999)



#### **1.4. Qualidade de vida da pessoa com Insuficiência Cardíaca**

É conhecido que os clientes com IC enfrentam uma variedade de sintomas, não só físicos (dispneia, fadiga, dor, edema e perda de apetite), mas também sintomas psicológicos (ansiedade e depressão), os quais podem afetar negativamente a sua qualidade de vida (QV). O impacto da doença sobre a QV é influenciado por vários fatores, incluindo a idade, o sexo, (sexo feminino tende a relatar mais limitações físicas e sintomas depressivos), a disfunção ventricular esquerda, a classe funcional da NYHA, a gravidade da IC, o risco de mortalidade e a saúde mental (Lesman-Leegte & Jaarsma, 2009; Pelegrino, Dantas & Clark, 2011).

Os clientes com IC definem QV de acordo com as suas habilidades para desempenho de atividades físicas e sociais, no sentido de responder às suas necessidades individuais e da sua família; manter-se feliz; continuando a assumir o seu papel nos grupos a que pertence (Mendes et al., 2010).

Atualmente constata-se que a evolução da IC está associada a deterioração das capacidades físicas e cognitivas e à existência de elevada dependência no autocuidado, com elevadas repercussões na QV do cliente e da sua família.

É na promoção da autonomia com reflexo na qualidade de vida, que o trabalho do enfermeiro tem ganho destaque nas últimas décadas, uma vez que, o tratamento farmacológico da IC tem melhorado a cada dia, porém o tratamento não farmacológico tem demonstrado ser cada vez mais importante, justificando o desenvolvimento de clínicas e programas de IC (European Society of Cardiology, 2012).

Essa abordagem não farmacológica é baseada num processo contínuo de educação e desenvolvimento de habilidades para a prática do autocuidado, com constantes reavaliações (Riegel, 2009).

Com base em resultados de metanálises que envolveram a abordagem não farmacológica no controlo da IC, estes mostraram-se benéficos quanto à melhoria do conhecimento sobre o tratamento, autocuidado e adesão, além de melhorar a QV (Sally et al, 2011). As medidas não farmacológicas são importantes na redução do número de internamentos e na melhoria da qualidade de vida dos clientes com insuficiência cardíaca (Rabelo et al, 2007).

Relativamente ao impacto da IC nos clientes com esta patologia, apesar dos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos terem um efeito positivo na QV, a dimensão principalmente afetada parece continuar a ser a mobilidade e o desempenho das suas atividades de vida diárias (Calvert, Freemantle & Cleland, 2005)

A Enfermagem pode ter um papel fundamental, nomeadamente para ajudar os clientes com IC a desenvolver competências sobre técnicas de conservação de energia para evitar

situações de fadiga. Sendo que os principais sintomas que comprometem a atividade dos clientes com IC são, a dispneia, o edema e a fadiga, e sendo estas de intensidade variável e progressiva, a equipa de enfermagem pode estabelecer ações de educação dirigidas a estes clientes no sentido de ensinar estratégias de adaptação, de forma a possibilitar a realização parcial ou total das determinadas atividades do autocuidado.

No campo da enfermagem a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser um cuidador é um educador, tanto para o cliente como para a família, fornecendo orientações para que estes consigam lidar com os sintomas advindos da doença. (Reveles, 2007).

O uso do processo de educação em saúde para os clientes portadores de IC torna-se uma ferramenta importante para o ensino e aprendizagem dos cuidados voltados para o controlo da doença. A finalidade da educação em saúde consiste em ensinar os clientes a adquirirem um melhor controlo da doença, manutenção da autonomia no autocuidado e preservação da qualidade de vida. (Aliti et al, 2007)

Um dos pontos fulcrais no estabelecimento de ensino do enfermeiro serão as técnicas de conservação de energia, promovendo a capacidade dos clientes com IC gerir com eficácia o seu nível de energia disponível. Este é um fator determinante para a sua capacidade de implementar e concluir as atividades de autocuidado. Nestes clientes o desenvolvimento de estratégias de conservação de energia como: ser capaz de equilibrar trabalho e repouso; manter a boa postura; evitar levantar e segurar pesos; repousar por um mínimo de 60 minutos após as refeições; trabalhar em ambientes bem ventilados e com iluminação adequada; ser capaz de priorizar tarefas, delegar e ou eliminar as desnecessárias, são estratégias fundamentais para a gestão eficaz do nível de energia. Quando o cliente aprende a controlar o seu nível de energia, consegue ter um nível funcional mais elevado, preservando a sua independência. O Enfermeiro deverá auxiliar o cliente a gerir as suas atividades, intercalando atividades que exigem maior dispêndio de energia, com mais leves, promovendo intervalos para descansar (Cordeiro, 2007).

O enfermeiro deve assumir o papel de educador transformador e emancipador, no processo de adaptação do cliente ao seu novo estilo de vida. A existência de consulta de enfermagem na área da IC deve promover ações educativas em saúde desenvolvidas durante as mesmas trazendo mudanças de comportamento nos clientes, permitindo-lhe uma melhor adaptação ao seu autocuidado (Lessa et al, 2010). Existem estudos que mostram que as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para a educação dos clientes e da família, visando atingir e desenvolver uma melhor capacidade para a prática do autocuidado. De entre as diversas estratégias para o desenvolvimento das atividades do autocuidado, deve-se dar especial atenção: à consciencialização do cliente e dos seus familiares quanto à existência do problema; o esclarecimento sobre as

principais dificuldades e estratégias a adotar para conseguir superá-las (North American Nursing Diagnosis Association, 2008).

É com intuito, *a posteriori*, de desenvolver programas de cariz não farmacológico auxiliares no tratamento dos clientes com IC, que este trabalho está a ser desenvolvido. Para isso necessitamos de saber quais as reais dificuldades sentidas por estes clientes no seu dia a dia. Nomeadamente quais as implicações que a IC lhes traz ao nível da tolerância à atividade e as repercussões sentidas ao nível do autocuidado.



## **2. METODOLOGIA DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Neste ponto, vamos descrever e justificar as etapas metodológicas inerentes a esta investigação. Iniciamos a nossa exposição com a problemática, a justificação e a finalidade do estudo, a que se seguem os objetivos, o contexto, a população e seleção da amostra. Posteriormente definimos as variáveis em estudo e a sua operacionalização, e descrevemos os procedimentos de colheita e análise dos dados. No final, abordamos os aspetos éticos intrínsecos à investigação.

### **2.1. Justificação e pertinência do estudo**

Apesar do conhecimento existente relativo à IC, de classificações para a avaliação desses clientes que permitem um diagnóstico mais precoce e a introdução de estratégias terapêuticas inovadoras, as taxas de reinternamentos (e deslocações aos serviços de urgência) e morte por descompensação da doença continuam elevadas.

A IC é uma patologia que permite testar diariamente os clientes, podendo ter um impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos. O controlo e o tratamento da doença são fundamentais, assim como o envolvimento dos clientes na gestão da condição de saúde e no desenvolvimento de competências ao nível do autocuidado que permitam uma melhor gestão do regime terapêutico.

O cliente com IC é caracterizado regularmente por apresentar fadiga e dispneia na realização de determinadas atividades do autocuidado. Esta redução de tolerância à atividade pode comprometer a sua capacidade para a realização do autocuidado. Este facto é reiterado por Savage et al (2011) que refere que entre as várias patologias cardiovasculares, a IC é provavelmente a que mais dependência física e comprometimento na realização das AVD's provoca.

O desenvolvimento de competências de autocuidado apela, por sua vez, ao desenvolvimento de competências a nível cognitivo (conhecimento), instrumental (saber fazer) e pessoal (saber lidar com). Assim sendo, para que as intervenções de enfermagem sejam mais específicas e sistematizadas, torna-se essencial a disponibilização, aos enfermeiros, de recursos que viabilizem a obtenção de informação sobre o nível de intolerância à atividade no autocuidado assim como o seu reflexo na capacidade para a realização do mesmo pelos clientes com IC.

Perante a pertinência da temática, este estudo tem como finalidade conhecer o nível de tolerância à atividade dos clientes com IC e o seu impacto no autocuidado. Esta informação poderá ser útil para a tomada de decisão sobre estratégias de intervenção de enfermagem e estratégias multiprofissionais na saúde que tenham por finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados a estes clientes.

É neste contexto que surgem as duas questões de investigação:

- Qual o nível de tolerância à atividade dos clientes com IC na realização de atividades do autocuidado?
- Qual o nível de dependência dos clientes com IC na realização de atividades do autocuidado?

Segundo Fortin (2009, p.160), *“o enunciado dos objetivos da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Eles especificam as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação”*. Assim com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade, identificamos os seguintes objetivos:

- Descrever a tolerância à atividade no autocuidado em clientes com IC;
- Identificar a intolerância global à atividade de autocuidado dos clientes com IC;
- Caracterizar a intolerância dos clientes com IC para realizar atividades de subdomínios de autocuidado: autocuidado higiene, vestir-se/despir-se, alimentar-se e andar;
- Descrever a dependência para o autocuidado em clientes com IC;
- Identificar a dependência global para atividade de autocuidado em clientes com IC;
- Caracterizar a capacidade global para realizar atividades de subdomínios de autocuidado dos clientes com IC: autocuidado higiene, vestir-se/despir-se, alimentar-se e andar;
- Relacionar a intolerância à atividade com a dependência nas atividades do autocuidado em clientes com IC;
- Estabelecer a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e intolerância à atividade na pessoa com Insuficiência Cardíaca

## **2.2. Desenho do Estudo**

Na investigação sobre a avaliação do impacto da IC na tolerância à atividade e na dependência no autocuidado, realizou-se um estudo exploratório de carácter descritivo e transversal, no qual utilizamos uma abordagem quantitativa.

Considerámos o estudo como exploratório, uma vez que, para além de observar e descrever a prevalência do fenómeno, explora as dimensões desse e o modo como se manifesta (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Por outro lado, ao explorar os fatores com os quais se relaciona o fenómeno estudado, assume um carácter descritivo. De acordo com Fortin (2009, p.237), *“implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população”*.

No nosso estudo procedeu-se à recolha dos dados num único momento, recorrendo, a clientes que se apresentaram na consulta externa de medicina do Centro Hospitalar de S. João. Por esse motivo, de acordo com o seguimento temporal, classificámos o nosso estudo como transversal (Polit, Beck & Hungler, 2004). Para Aguiar e Silva (2005), este tipo de estudo tem a vantagem de ser considerado mais económico e de rápida implementação; é visto como extremamente adequado, quando o conhecimento sobre um determinado problema de saúde é escasso; e é indicado para estudos de prevalência, ou seja, que investiguem num dado instante a frequência de indivíduos com determinado fenómeno. Segundo Fortin (2009, p.252), *“os meios de recolha de informação junto dos participantes são diversos: podendo-se recorrer ao exame de processos, à observação de comportamentos, a entrevistas ou a questionários”*, como iremos explicitar mais à frente optamos pela utilização de formulários, tendo acesso em simultâneo aos processos clínicos. Caraterístico também deste tipo de estudo é na análise dos dados, o investigador servir-se de estatísticas descritivas e posteriormente estabelecer relações entre as variáveis (Fortin, 2009). O que será também um dos objetivos principais do nosso estudo.

### **2.2.1. Contexto do Estudo**

A Consulta de IC está integrada no departamento de Medicina Interna do Centro Hospitalar São João, em funcionamento três dias por semana (segunda, quarta e sexta) no período das 13h às 18h e é coordenada pelo Professor Paulo Bettencourt. Esta consulta decorre no pavilhão de consultas externas do hospital (pavilhão B) e são asseguradas por cinco médicos especialistas em medicina interna e por diversos médicos em internato geral. Nesta consulta têm seguimento cerca de 350 clientes com IC. Em cada um dos dias de consulta são atendidos entre 6 a 10 clientes. De salientar que embora exista uma equipa

de enfermagem neste departamento, não existe acompanhamento de enfermagem – consulta de enfermagem, direcionada especificamente a estes clientes.

### **2.2.2. População e Amostra**

A população representa o conjunto de indivíduos com características comuns (Polit, Beck & Hungler, 2004). No nosso estudo, a população alvo é constituída pelos clientes com IC que se encontram inscritos na consulta externa do CHSJ (Centro Hospitalar S. João). Para Fortin (2009, p.311), a população alvo *“é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos e para as quais o investigador deseja fazer generalizações”*. Perante a impossibilidade de estudar a totalidade da população, o investigador constitui uma amostra. Segundo Fortin (2009, p.312) *“a amostra é a fração da população que constitui o objeto do estudo”*. No nosso estudo a técnica de amostragem usada foi a não probabilística e de conveniência. Segundo Fortin (2009, p.321), a *“amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra”*. A amostragem foi acidental ou de conveniência, que segundo Fortin (2009; p.321) *“é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondam a critérios de inclusão precisos”*. Fortin (2009; p.321) refere ainda que este tipo de amostragem *“permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo”*. A amostra é constituída por cento e dezasseis clientes adultos com diagnóstico médico de IC e com seguimento atual na Consulta Externa de Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar São João, e que se deslocaram à consulta de ambulatório no período de Julho a setembro de 2012, aceitando participar neste estudo. Nesta linha de pensamento podemos também classificar a nossa amostra como sequencial.

#### Critérios de inclusão do estudo:

1. Clientes com o diagnóstico médico de IC;
2. Clientes maiores de 18 anos que sejam atualmente seguidos na Consulta de Medicina Interna do Centro Hospitalar São João;
3. Que tenham capacidade cognitiva para participar no estudo;
4. Que aceitem voluntariamente responder ao formulário;



### 2.2.3. Instrumento de Recolha de Dados

Para a realização da colheita de dados foi utilizado um formulário que, segundo Gil (2007), pode ser definido como a técnica de colheita de dados em que o investigador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas. Embora exija treino pessoal (isto é, preparação), o formulário é uma das técnicas mais eficientes de colheita de dados. Por ser aplicável aos diversos segmentos populacionais e possibilitar a obtenção de dados facilmente quantificáveis. Por outro lado, foi pertinente o recurso ao formulário, uma vez que a probabilidade de poderem estar envolvidas no estudo, como participantes, um número significativo de pessoas idosas, ou de pessoas com baixo nível de escolaridade, que poderiam ter dificuldades na compreensão dos itens do formulário. Assim, como instrumento de colheita de dados, foi usado o formulário intitulado: “A Avaliação do Impacto da Insuficiência Cardíaca na Tolerância à Atividade e na Dependência no Autocuidado”, este instrumento foi desenvolvido por Padilha (2012), tendo sido pedida autorização para a sua utilização (Anexo 1). Este formulário foi também utilizado em estudos anteriores, por Alves (2012) na avaliação da dependência no autocuidado em clientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) por Moreira (2012) abordando a problemática da intolerância à atividade em clientes com DPOC.

Importa referir que no formulário aplicado estão incluídas as atividades: capacidade para tomar banho, arranjar-se, vestir-se e despir-se, alimentar-se e andar. Para cada um destes focos, estão definidos indicadores baseados nas características específicas apresentadas na NOC que traduzem a capacidade para realizar cada um dos autocuidados referenciados, bem como da presença de manifestações de maior ou menor tolerância na realização de cada atividade. Por sua vez, com base nas escalas da NOC, o instrumento apresenta uma escala tipo Likert com 4 pontos. O score varia entre 1 e 4, uma vez que para cada uma das atividades, inerentes às dimensões do autocuidado, estão definidos diferentes níveis de dependência/tolerância à atividade. Assim, a cada ponto de medida da escala de Likert foi atribuído um score; à medida “*dependente, não participa*” e “*muita falta de ar*” foi atribuído o score 1; à medida “*necessita de ajuda de pessoa*” e “*falta de ar moderada*”, score 2; à medida “*necessita de equipamento*” e “*falta de ar ligeira*”, score 3; e por último, à medida “*autónomo*” e “*nenhuma falta de ar*”, score 4 (Alves, 2012; Moreira, 2012). De acordo com o descrito, o score 4 corresponde à melhor situação – independência/maior tolerância à atividade – e o score 1, à situação de maior dependência/maior tolerância à atividade.

A título de exemplo, uma pessoa pode ser completamente independente para “lavar o tronco”, score 4, mas necessitar de equipamento para “lavar os membros inferiores”, score 3 e da ajuda de pessoa para “secar o cabelo”, score 2. Da mesma forma relativamente à

tolerância à atividade um indivíduo pode não referir falta de ar ao “lavar os membros superiores”, referir falta de ar ligeira ao “secar o tronco”, e muita falta de ar ao “lavar os membros inferiores”. Esta especificidade revela uma mais-valia do instrumento, nomeadamente a possibilidade de especificação do nível de tolerância à atividade e de dependência por cada atividade do autocuidado.

Polit, Beck & Hungler (2004, p.441) definem variável como *“a característica ou atributo de uma pessoa ou objeto que varia (assume valores diferentes), na população estudada”*. Assim, em articulação com a finalidade do nosso estudo, na prossecução dos objetivos explanados, e de acordo com o instrumento de colheita de dados usado, foram consideradas as variáveis: Características sociodemográficas, características clínicas, bem como o nível de intolerância à atividade e grau de dependência relativamente ao desempenho de cada uma das atividades dos diferentes domínios do autocuidado: higiene vestir-se e despir-se, alimentar-se e andar.

#### **2.2.4. Procedimento para a Recolha dos Dados**

Para que as variáveis pudessem ser discutidas empiricamente foi necessário torná-las mensuráveis, procedendo à sua operacionalização. Nesse sentido, nos quadros que apresentamos no Anexo 3, procuramos sistematizar as variáveis do estudo, caracterizando-as na dimensão, componente e respetivo indicador de medida.

No que concerne às informações relativas ao cliente com IC foram operacionalizadas as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, bem como o grau de parentesco da pessoa com quem vive e a situação de coabitação. Também foram consideradas variáveis clínicas, nomeadamente o número de anos que tem a doença, a presença de comorbilidades associadas, a etiologia, a classificação funcional e a FEVE (fração de ejeção do ventrículo esquerdo). Alguns dos dados clínicos foram obtidos através da consulta do processo clínico de cada cliente, previamente autorizada pelo diretor clínico.

As dimensões e respetivos conceitos foram estruturados de acordo com os focos do domínio da capacidade integrados na CIPE® (Versão 2011).

### 2.2.5. Estratégia de Tratamento e Análise dos Dados

Para dar resposta às questões de investigação pré estabelecidas foi necessário fazer o tratamento dos dados recolhidos, para tal recorremos à estatística descritiva e inferencial dos dados. Segundo Fortin (2009) o método de análise deve ser congruente com os objetivos e o desenho do estudo.

No tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa informático de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0). Este programa apresenta grande flexibilidade e dá a possibilidade de codificar com facilidade as variáveis e realizar métodos estatísticos com visualização rápida dos resultados. Assim, procedeu-se ao tratamento dos dados com recurso à estatística, para em função da natureza das variáveis procedermos à sua caracterização para *a posteriori* nos permitir estabelecer relações entre elas (estatística inferencial).

No nosso estudo recorremos à análise descritiva para descrever os nossos dados. Segundo Fortin (2009, p.411) a estatística descritiva pretende “*destacar o conjunto de dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos tanto pelo investigador como pelo leitor*”. Para efetuar a análise descritiva dos resultados do nosso estudo recorremos a apresentação de frequências, absolutas e relativas e medidas de tendência central, nomeadamente a média e a mediana.

À semelhança do realizado em estudos anteriores procedemos a análise da fidelidade do instrumento para a população em estudo que foi determinada pelo valor de *Alfa de Cronbach*, permitindo-nos determinar a sua consistência interna.

A fidelidade, propriedade essencial dos instrumentos de medida, designa a precisão e a constância dos resultados que eles fornecem. A determinação da consistência interna é uma das formas usadas para estimar a fidelidade dos instrumentos (Fortin, 2009). Efetuámos a análise da consistência interna, através da determinação do coeficiente de correlação de *Alpha de Cronbach*, pois, como nos referem a maioria dos autores, o coeficiente de *Alpha de Cronbach* é a técnica mais utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento de medida, nomeadamente para o estabelecimento de scores partindo de diferentes variáveis, como por exemplo a escala tipo *Likert* (Polit, Beck & Hungler, 2004; Pestana & Gageiro, 2005; Pais-Ribeiro, 2010).

Relativamente ao seu valor, ele pode variar entre 0 e 1, sendo que, quanto mais perto de 1, melhor é a sua classificação, ou seja, maior será a consistência interna do instrumento. Assim, de acordo com o valor, a sua classificação pode ser: inadmissível ( $\alpha < 0,6$ ), fraca ( $0,6 < \alpha < 0,7$ ), razoável ( $0,7 < \alpha < 0,8$ ), boa ( $0,8 < \alpha < 0,9$ ), ou muito boa ( $\alpha > 0,9$ ) (Pestana & Gageiro, 2005).

### 2.2.6. Considerações Éticas

Os estudos realizados com seres humanos envolvem sempre questões morais e éticas que divergem de acordo com cada tipo de investigação. Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal facto deve contribuir para que a Enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Ordem dos Enfermeiros (2009) – Art.º 81 do Código Deontológico do Enfermeiro).

Apesar da ciência se desenvolver através da investigação, tal não significa que o progresso do conhecimento científico ofereça garantias morais e éticas. *“As formas de agir em relação aos outros estão baseadas no reconhecimento explícito do valor absoluto das pessoas e do seu direito a decidir livremente”* (Lage, 2007, p.220).

Segundo Fortin (2009, p.180), *“Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa”* uma vez que, segundo a autora, ao serem estudados fenómenos biopsicossociais, *“(...) os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada ou ainda causar-lhes prejuízo”*. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, Fortin (2009) refere como sendo sete os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, em particular a integridade corporal e a integridade psicológica ou cultural: *“1- o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, 2- o respeito pelos grupos vulneráveis, 3- o respeito pela vida privada e pela confidencialidade da informações pessoais, 4- o respeito pela justiça e pela equidade, 5- o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, 6- a redução dos inconvenientes e 7- a otimização das vantagens”* (Idem, p.186). Tendo em consideração que o estudo envolve pessoas, temos de garantir o respeito pelos seus direitos.

Assim, primeiro obtive a autorização do CHSJ (Anexo 2), depois já no campo de estudo solicitamos aos clientes uma autorização escrita para a realização do formulário, após ter sido explicado o motivo e os objetivos do mesmo, pretendendo assim obter o consentimento informado, garantindo ao investigador que o sujeito da investigação possuía toda a informação e a tenha compreendido, pelo que disponibilizamos uma carta explicativa do estudo ao cliente, para poder decidir de forma livre e voluntária sobre a sua participação ou não.

Asseguramos aos participantes, a confidencialidade dos dados e a possibilidade de não responderem a alguma questão colocada, e nomeadamente a possibilidade de darem por terminado o formulário sempre que assim o entenderem. Pretendíamos assegurar o

respeito pela dignidade humana, o direito à autodeterminação e à revelação completa (Polit & Hungler, 2002).

Este estudo é iluminado pelos princípios éticos defendidos pela International Council of Nurses (ICN) em 1996 que foi atualizado e reeditado em 2003. Segundo o ICN (2003) os princípios éticos para a investigação em Enfermagem são:

- 1) Beneficência - «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.
- 2) Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.
- 3) Fidelidade – o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.
- 4) Justiça – o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.
- 5) Veracidade – seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido.
- 6) Confidencialidade – o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo.



### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após descritas e justificadas as etapas metodológicas desta investigação, neste ponto iremos apresentar os resultados obtidos procedendo à análise estatística descritiva e inferencial. Segundo Fortin (2009) a análise de dados, é um conjunto de métodos estatísticos que permite visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto dos participantes.

Tendo em conta os objetivos formulados, procedemos à apresentação dos resultados obtidos. Serão inicialmente abordadas questões ligadas à consistência interna, validade do constructo e fidelidade do instrumento utilizado. Para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento utilizado efetuamos testes variados, nomeadamente o teste de *Alpha de Cronbach* para análise da consistência interna nos diferentes subdomínios e domínio global, relativamente à intolerância à atividade e à dependência no autocuidado. Posteriormente descrevemos o perfil sociodemográfico e clínico da amostra. E finalmente caracterizamos a nossa amostra relativamente às repercussões da IC na tolerância à atividade e a sua influência na realização do autocuidado.

Para a apresentação destes resultados procedemos ao estudo das características da distribuição amostral, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov (K-S)*, verificando a existência de resultados com uma significância estatística de  $p < 0,001$  em todos os itens, o que nos revela que a nossa amostra não adere à normalidade. Assim, perante as variáveis em estudo, optamos pela utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Para o estudo da relação entre variáveis utilizamos então os testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente o teste *U-Mann-Whitney (U)* e o teste de *Kruskal-Wallis (K W)*, que nos permitem analisar a associação entre duas ou mais variáveis. Recorremos ainda ao estudo do coeficiente de correlação de postos de *Spearman ( $r_s$ )* para o estudo das relações entre variáveis da mesma natureza.

Assim, neste ponto pretendemos analisar os resultados obtidos, e comparar com dados de estudos já efetuados.

#### 3.1. Caraterização da Amostra

A amostra do estudo conta com cento e dezasseis indivíduos portadores de IC que se dirigiram à consulta externa de medicina interna do Hospital de S. João durante os meses de julho, agosto e setembro do ano 2012.

A idade média dos participantes do nosso estudo é de 70,7 anos ( $DP \pm 13,4$ ), em que o indivíduo mais jovem tinha 39 anos e o mais velho 95 anos. A mediana de idades é 74 anos. É uma amostra de pessoas mais velhas, usualmente característico deste tipo de patologia.

Como verificamos através da **Tabela 1**, a maioria dos clientes da nossa amostra é do sexo masculino (65,5%;  $n = 76$ ), sendo este número quase o dobro do número de mulheres que constituem a amostra (34,5%;  $n = 40$ ). O estado civil mais representado na nossa amostra é o dos casados/união de facto com 62,9% ( $n = 73$ ). A maioria dos clientes inquiridos encontram-se reformados, sendo 78,4% ( $n = 91$ ), estes dados sustentam-se em grande parte pela idade média dos participantes no estudo ser de 71 anos e ainda pelo facto da IC representar atualmente uma causa importante de incapacidade na população ativa. Pois, dos 34 participantes em idade ativa, 11 já se encontravam reformados. Os participantes do nosso estudo vivem maioritariamente na área urbana (81%;  $n = 94$ ), dado que o HSJ é um hospital central que abrange diversas cidades (Maia, Trofa, Valongo) a partir das quais os clientes são referenciados.

**Tabela 1** Distribuição das variáveis: sexo, estado civil, atividade profissional e local de residência

Variáveis sociodemográficas (nominais)			
		N	%
<b>Sexo</b>			
Masculino		<b>76</b>	<b>65,5</b>
Feminino		40	34,5
<b>Estado civil</b>			
Casado/união de facto		<b>73</b>	<b>62,9</b>
Viúvo		30	25,9
Divorciado		8	6,9
Solteiro		5	4,3
<b>Atividade profissional</b>			
Trabalhador ativo		25	21,6
Reformado		<b>91</b>	<b>78,4</b>
<b>Local de residência</b>			
Área urbana		<b>94</b>	<b>81</b>
Área rural		22	19

Através da **Tabela 2**, podemos verificar que a maioria dos participantes residem em casa própria ou de familiares 96,6% ( $n = 112$ ), sendo que apenas uma pequena percentagem 3,4% ( $n = 4$ ) vivem em instituições de apoio às pessoas mais velhas (lares). Relativamente aos clientes que referem viver sozinhos, (12,9%;  $n = 15$ ), quando questionados sobre a quem recorrem em caso de necessidade de apoio no autocuidado, verificámos que apenas 15 participantes reportaram essa necessidade, sendo que a maioria ( $n = 8$ ) refere que recorre a instituições de apoio social, correspondendo a 6,9% da amostra global.

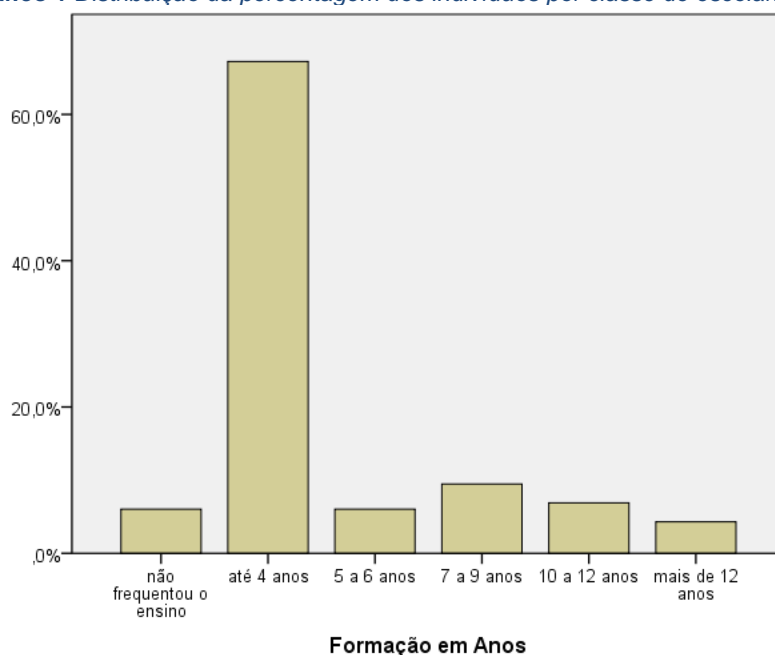


**Tabela 2** Distribuição das variáveis: Residência, Com quem vive, Suporte para o autocuidado

Variáveis sociodemográficas (nominais)		
	N	%
<b>Residência</b>		
Casa	112	96,6
Instituição	4	3,4
<b>Com quem Vive</b>		
Cônjuge/companheiro	50	43,1
Cônjuge/companheiro e filhos	23	19,8
Filhos	23	19,8
Sozinho	15	12,9
Outros familiares	5	4,3
Amigos	--	--
<b>Suporte para o autocuidado</b>		
Filhos	2	1,7
Vizinhos	1	0,9
Amigos	1	0,9
Parentes	1	0,9
Instituição apoio	8	6,9
Ninguém por opção	2	1,7

Relativamente à escolaridade como podemos observar pelo gráfico 1, mais de 60% da amostra frequentou apenas o primeiro ciclo. O que nos pode levar a pensar que como a maioria dos indivíduos da amostra tem idade avançada, justifica o nível de formação, na sua maioria, ser apenas de 1 a 4 anos de escolaridade.

**Gráfico 1** Distribuição da percentagem dos indivíduos por classe de escolaridade



Relativamente a dados clínicos, constatámos (**Tabela 3**) que a média de anos que os clientes apresentam a doença é de 3,6 ( $DP \pm 4,2$ ), sendo que o mínimo e o máximo são 1 e 30 anos respetivamente, com uma mediana de 2 anos. A média da FEVE (fração de ejeção do ventrículo esquerdo) é 31,7% ( $DP \pm 12,5$ ), a mediana 21,5%, o valor máximo é de 66% sendo o mínimo de apenas 9%.

**Tabela 3** Distribuição das variáveis: IC (nº de anos) e FEVE (%)

Variáveis Clínicas						
	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
IC (nº anos)	116	1	30	2	3,6	4,2
FEVE (%)	76*	9	66	21,5	31,7	12,5

\*N = 40, valores de FEVE não disponíveis

Direcionando agora a nossa atenção para a distribuição de outros dados clínicos (**Tabela 4**), verificamos que relativamente à classificação funcional da IC (Classificação de NYHA), verificamos que da amostra global, 34,5% ( $n = 40$ ) encontram-se na classe I, 44,8% ( $n = 52$ ) na classe II e 20,7% ( $n = 24$ ) na classe III, sendo que na classe IV não se apresenta ninguém, o que se justifica uma vez que o nível de progressão da doença neste estadio é tão avançado que estes clientes não têm capacidade para se deslocar à consulta no hospital. Relativamente à etiologia da IC, constatou-se que predomina a IC de etiologia isquémica 30,2% ( $n = 35$ ) e a não esclarecida 29,3% ( $n = 34$ ), seguindo-se a alcoólica com 11,2% ( $n = 13$ ), a hipertensiva e idiopática com a mesma percentagem, 9,5% ( $n = 11$ ), os indivíduos com mais que uma etiologia 6% ( $n = 7$ ) e por fim os de etiologia valvular 4,3% ( $n = 5$ ).

**Tabela 4** Distribuição das variáveis clínicas: Classificação funcional e Etiologia

Variáveis clínicas (nominais)		
	n	%
<b>Classificação Funcional</b>		
Classe I	40	34,5
Classe II	<b>52</b>	<b>44,8</b>
Classe III	24	20,7
<b>Etiologia</b>		
Isquémica	<b>35</b>	<b>30,2</b>
Hipertensiva	11	9,5
Valvular	5	4,3
Alcoólica	13	11,2
Ideopática	11	9,5
Não esclarecida	<b>34</b>	<b>29,3</b>
Mais de uma etiologia	7	6,0

### 3.2. Fidelidade e Validade do Instrumento de Recolha de Dados

Para a avaliação da consistência interna, realizamos os testes *Alpha de Cronbach* para cada área específica do instrumento, ou seja, para os resultados associados à avaliação da intolerância à atividade no autocuidado, bem como para a dependência na realização das atividades de autocuidado. Procedemos também à avaliação da consistência interna do documento para os diferentes subdomínios do autocuidado relativos a cada avaliação (Avaliação da Dependência no Autocuidado e Avaliação da Intolerância às atividades de Autocuidado).

Para o cálculo do *Alpha de Cronbach*, pelo facto de existirem alguns itens onde se constata a ausência respostas, importa referir que foram removidos os seguintes itens do formulário:

- O subdomínio do auto cuidado higiene – fazer a barba
- No subdomínio do auto cuidado alimentar-se – mastigar os alimentos

É importante referir que a ausência de respostas ao longo dos resultados apresentados encontra justificação em aspetos relacionados com o género, fatores culturais e sociais, área de residência e estado civil, como pode ser constatado por exemplo no sexo feminino ao excluir a possibilidade de no subdomínio do autocuidado higiene “fazer a barba”, assim como no sexo masculino se pode justificar que por razões socioculturais e educacionais não façam parte do seu quotidiano atividades recreativas associadas às atividades de cariz doméstico.

Apresentamos de seguida os valores de consistência interna relativos aos diferentes subdomínios, e global de cada um dos formulários.

**Tabela 5** A consistência interna dos formulários

		<b>α de Cronbach (Subdomínios)</b>		<b>α de Cronbach (global)</b>	
		<b>Dependência Autocuidado</b>	<b>Intolerância à Atividade</b>	<b>Dependência Autocuidado</b>	<b>Intolerância à Atividade</b>
<b>Subdomínios</b>	Higiene	0,995	0,994	<b>0,991</b>	<b>0,981</b>
	Vestir-se/ Despir-se	0,987	0,980		
	Alimentar-se	0,936	0,974		
	Andar	0,973	0,932		

Verificamos uma elevada consistência interna global de ambos os formulários. O *Alpha de Cronbach* é de 0,991 para o instrumento que avalia a dependência no autocuidado e de 0,981 para a avaliação da intolerância à atividade. Estes dados são sobreponíveis aos estudos relativos à avaliação da dependência dos clientes com DPOC nas atividades de

autocuidado em que o valor de consistência interna foi de 0,964, e relativamente ao estudo do impacto da intolerância à atividade no quotidiano dos clientes com IC o valor de consistência interna foi de 0,980 (Alves, 2012; Moreira, 2012).

Apresentamos de seguida a análise do *Alpha de Cronbach* por subdomínios do autocuidado e intolerância à atividade, numa variação de valores mínimo e máximo de correlação entre os itens constituintes de cada domínio.

**Tabela 6** A correlação entre os itens (mínima e máxima correlação total)

		Mínima correlação total do Domínio		Máxima correlação total do Domínio	
		Dependência Autocuidado	Intolerância à atividade	Dependência Autocuidado	Intolerância à atividade
Subdomínios do autocuidado	Higiene	0,779	0,855	0,992	0,991
	Vestir-se e Despir-se	0,916	0,841	0,961	0,957
	Alimentar-se	0,657	0,869	0,953	0,977
	Andar	0,513	0,271	0,943	0,891

Pela análise da **Tabela 6** podemos observar que pelos valores de correlação (mínima e máxima) dentro de cada domínio da dependência no autocuidado e intolerância à atividade é considerada boa.

### 3.3. A Intolerância à Atividade na Pessoa com Insuficiência Cardíaca

Como referimos anteriormente, o instrumento de recolha de dados utilizado permite verificar o nível de falta de ar associado à realização de cada uma das atividades para determinados subdomínios do “autocuidado”, nomeadamente, autocuidado higiene, vestir-se/despir-se, alimentar-se e andar.

Analizamos os dados obtidos para cada uma das atividades de autocuidado relativamente à sua frequência absoluta e relativa. Isto significa que em cada item do subdomínio do autocuidado calculamos o valor de frequência, conforme a distribuição dos clientes pelos quatro tipos de Intolerância: “*Muita falta de ar*” corresponde ao score 1; “*Alguma falta de ar*” ao score 2; “*Pouca falta de ar*” ao score 3 e a “*Nenhuma falta de ar*” atribuímos o score 4 (**Tabela 7**).

**Tabela 7** Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Higiene

	Muita falta de ar n / (%)	Alguma falta de ar n / (%)	Pouca falta de ar n / (%)	Nenhuma falta de ar n / (%)	N
<b>AUTOCUIDADO: HIGIENE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Tomar banho	3 (2,8%)	14 (12,8%)	17 (15,6%)	<b>75 (68,8%)</b>	109
Lava a cabeça	3 (2,8%)	13 (11,9%)	18 (16,5%)	<b>75 (68,8%)</b>	109
Lava o rosto	3 (2,7%)	8 (7,3%)	17 (15,5%)	<b>82 (74,5%)</b>	110
Lava o tronco	3 (2,7%)	12 (10,9%)	17 (15,5%)	<b>78 (70,9%)</b>	110
Lava os membros superiores	3 (2,8%)	13 (11,9%)	17 (15,6%)	<b>76 (69,7%)</b>	109
Lava as costas	3 (2,8%)	14 (12,8%)	18 (16,5%)	<b>74 (67,9%)</b>	109
Lava o períneo	3 (2,8%)	14 (12,8%)	17 (15,6%)	<b>75 (68,8%)</b>	109
Lava os membros inferiores	4 (3,7%)	<b>17 (15,6%)</b>	19 (17,4%)	<b>69 (63,3%)</b>	109
Seca a cabeça	3 (2,8%)	13 (11,9%)	18 (16,5%)	<b>75 (68,8%)</b>	109
Seca o rosto	3 (2,7%)	8 (7,3%)	17 (15,5%)	<b>82 (74,5%)</b>	110
Seca o tronco	3 (2,8%)	13 (11,9%)	17 (15,6%)	<b>76 (69,7%)</b>	109
Seca os membros superiores	3 (2,8%)	13 (11,9%)	17 (15,6%)	<b>76 (69,7%)</b>	109
Seca as costas	3 (2,8%)	15 (13,8%)	18 (16,5%)	<b>73 (67,0%)</b>	109
Seca o períneo	3 (2,8%)	15 (13,8%)	15 (13,8%)	<b>76 (69,7%)</b>	109
Seca os membros inferiores	4 (3,7%)	<b>18 (16,5%)</b>	19 (17,4%)	<b>68 (62,4%)</b>	109
Lavar dentes	3 (2,7%)	6 (5,4%)	12 (10,7%)	<b>91 (81,3%)</b>	112
Pentear-se	3 (2,7%)	6 (5,4%)	15 (13,4%)	<b>88 (78,6%)</b>	112
Secar cabelo	3 (2,8%)	10 (9,2%)	15 (13,8%)	<b>81 (74,3%)</b>	109

Como podemos observar pela **Tabela 7** relativamente ao subdomínio do autocuidado higiene, mais de 60% dos indivíduos da nossa amostra referem não ter nenhuma falta de ar em cada uma das atividades específicas para a realização deste autocuidado (com valores que oscilam entre os 62,4% e os 81,3%). As atividades para a concretização deste autocuidado que apresentam maior percentagem de clientes com alguma falta de ar são “lavar e secar os membros inferiores”, que ocorre em 15,6% dos participantes. A constatação de um elevado nível de intolerância com a existência de muita falta de ar apenas ocorre em 3-4 participantes em cada uma das atividades.

A realização de atividades associadas ao autocuidado alimentar-se, apresenta-se para mais de 90% dos participantes como atividades cuja realização não se encontra associada à “falta de ar” (**Tabela 8**).

**Tabela 8** Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Alimentar-se

	Muita falta de ar n / (%)	Alguma falta de ar n / (%)	Pouca falta de ar n / (%)	Nenhuma falta de ar n / (%)	N
<b>ALIMENTAR-SE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Reunir a comida no prato	1 (0,9%)	2 (1,8%)	6 (5,5%)	<b>101 (91,8%)</b>	110
Cortar os alimentos no prato	1 (0,9%)	3 (2,7%)	4 (3,6%)	<b>102 (92,7%)</b>	110
Abrir recipientes	1 (0,9%)	3 (2,7%)	5 (4,5%)	<b>101 (91,8%)</b>	110
Levar os alimentos à boca	1 (0,9%)	1 (0,9%)	5 (4,4%)	<b>107 (93,9%)</b>	114

A realização de atividades para a concretização do autocuidado “Vestir-se/Despir-se” também não implica a existência de falta de ar na maior parte dos participantes, com valores que oscilam entre 58,3% e os 73,0%. As atividades que apresentam scores que traduzem mais falta de ar para a sua realização encontram-se associadas a vesti/despir o vestuário das partes inferiores do corpo, nomeadamente, vestir/despir a roupa e calçar/retirar meias e sapatos.

**Tabela 9** Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Vestir-se e Despir-se

	Muita falta de ar n / (%)	Alguma falta de ar n / (%)	Pouca falta de ar n / (%)	Nenhuma falta de ar n / (%)	N
<b>VESTIR-SE/DESPIR-SE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Veste a roupa parte superior	3 (2,7 %)	9 (8,1 %)	18 (16,2%)	<b>81 (73,0 %)</b>	111
Veste a roupa parte inferior	3 (2,8 %)	9 (8,3 %)	<b>28 (25,9%)</b>	<b>68 (63,0 %)</b>	108
Calça as meias	4 (3,7 %)	<b>13 (12,0%)</b>	<b>27 (25,0%)</b>	<b>64 (59,3 %)</b>	108
Calça sapatos	3 (2,8 %)	14 (13,0%)	24 (22,2%)	<b>67 (62,0 %)</b>	108
Despe a roupa parte superior	3 (2,7 %)	11 (9,9 %)	20 (18,0%)	<b>77 (69,4 %)</b>	111
Despe a roupa parte inferior	3 (2,8 %)	<b>13 (12,0%)</b>	<b>27 (25,0%)</b>	<b>65 (60,2 %)</b>	108
Despe as meias	4 (3,7 %)	<b>14 (13,0%)</b>	<b>27 (25,0%)</b>	<b>63 (58,3 %)</b>	108

As atividades para andar são as que se apresentam com níveis mais elevados de intolerância a que se associam valores de falta de ar mais acentuados nos participantes deste estudo (**Tabela 10**).

**Tabela 10** Frequência absoluta e relativa do nível de intolerância à atividade nos diferentes itens do autocuidado Andar

	Muita falta de ar n / (%)	Alguma falta de ar n / (%)	Pouca falta de ar n / (%)	Nenhuma falta de ar n / (%)	N
ANDAR	1	2	3	4	
Suporta o próprio peso	1 (0,9 %)	6 (5,3 %)	9 (8,0 %)	<b>97 (85,8 %)</b>	<b>113</b>
Caminha em ritmo lento	3 (2,7 %)	8 (7,1 %)	<b>37 (32,7%)</b>	<b>65 (57,5 %)</b>	<b>113</b>
Caminha em ritmo moderado	2 (2,0 %)	<b>43 (42,2%)</b>	<b>36 (35,3%)</b>	<b>21 (20,6 %)</b>	102
Caminha em ritmo acelerado	<b>19 (31,1%)</b>	<b>18 (29,5%)</b>	11 (18,0%)	13 (21,3 %)	61
Caminha pelo quarto	3 (2,7 %)	7 (6,3 %)	16 (14,3%)	<b>86 (76,8 %)</b>	<b>112</b>
Caminha pela casa	5 (4,5 %)	7 (6,3 %)	19 (17,1%)	<b>80 (72,1 %)</b>	<b>111</b>
Percorre pequenas distâncias <100m	5 (4,7 %)	16 (15,1%)	37 (34,9%)	<b>48 (45,3 %)</b>	<b>106</b>
Percorre distâncias médias > 100 <600m	10 (10,1%)	29 (29,3%)	<b>41 (41,4%)</b>	19 (19,2 %)	99
Percorre grandes distâncias > 600m	18 (19,6%)	<b>40 (43,5%)</b>	25 (27,2%)	9 (9,8 %)	92
Plano inclinado, percorre pequenas distâncias <100m	13 (12,7%)	23 (22,5%)	<b>47 (46,1%)</b>	19 (18,6 %)	102
Plano inclinado, percorre distâncias médias > 100 <600m	18 (19,1%)	<b>49 (52,1%)</b>	19 (20,2%)	8 (8,5 %)	94
Plano inclinado, percorre grandes distâncias > 600m	<b>40 (46,0%)</b>	<b>36 (41,4%)</b>	7 (8,0 %)	4 (4,6 %)	87
Sobe escadas -1 lanço 15 degraus	14 (14,1%)	24 (24,2%)	<b>35 (35,4%)</b>	26 (26,3 %)	99
Sobe escadas -2 lanços 30 degraus	22 (24,2%)	<b>34 (37,4%)</b>	25 (27,5%)	10 (11,0 %)	91
Sobe escadas -Mais de 2 lanços	<b>35 (40,7%)</b>	<b>36 (41,9%)</b>	12 (14,0%)	3 (3,5 %)	86
Capacidade para falar e andar	5 (4,6 %)	11 (10,1%)	<b>48 (44,0%)</b>	<b>45 (41,3 %)</b>	109

Para realizar atividades do “andar”, a pessoa tem que mobilizar-se através de movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; ter capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido; subir e descer escadas e rampas (ICN, 2014). Ora, o instrumento utilizado permite verificar cada uma destas áreas, através de atividades mais específicas, nomeadamente através da especificação do nível de velocidade e a distância.

Os participantes deste estudo referem maioritariamente que as atividades associadas a suportar o próprio peso, caminhar pelo quarto ou pela casa, caminhar em ritmo lento são atividades em que 85,8%, 76,8%, 72,1% e 57,5% respetivamente, não apresentam nenhuma falta de ar. Por seu lado, nas restantes atividades os participantes apresentam na sua maioria falta de ar. Como podemos observar pela **Tabela 10**, as atividades em que os clientes referem “muita falta de ar” são: “caminhar em ritmo acelerado” (31,1%), “percorrer distâncias > 600 metros em plano inclinado” (46,0%) e “subir mais de 2 lanços de escadas” (40,7%).

Perante a análise dos resultados as atividades para a concretização do autocuidado higiene, as que apresentam maior percentagem de clientes com alguma falta de ar são “lavar e secar os membros inferiores”. Relativamente as atividades do subdomínio vestir-se/despir-se as que apresentam scores que traduzem mais falta de ar para a sua realização encontram-se associadas ao vestir/despir o vestuário da parte inferiore do corpo, nomeadamente, vestir/despir a roupa e calçar/retirar meias e sapatos.

As atividades em que os clientes referem “muita falta de ar” são sem dúvida referentes ao autocuidado Andar nomeadamente nas atividades, “caminhar em ritmo acelerado” e “percorrer distâncias > 600 metros em plano inclinado” e “subir mais de 2 lanços de escadas”.

### **3.3.1. A Intolerância Global à Atividade de Autocuidado**

Para a apresentação dos resultados relativos à avaliação da intolerância à atividade para cada subdomínio do autocuidado, procedemos à criação de uma nova variável que resulta do cálculo do score médio dos itens que constituem cada subdomínio excluindo os valores nulos. Após a definição do score médio de cada subescala, procedeu-se à sua recodificação numa variável ordinal de acordo com os seguintes critérios:



Muita falta de ar –  $scores \leq 1,75$ ;

Alguma falta de ar –  $1,76 \leq scores \leq 2,5$ ;

Pouca falta de ar –  $2,51 \leq scores \leq 3,25$ ;

Nenhuma ou reduzida falta de ar –  $scores \geq 3,26$

**Tabela 11** Apresentação das frequências, absolutas e relativas, da amostra relativamente à caracterização da intolerância no autocuidado

Intolerância à Atividade	Fa (n)	FR (%)
“Muita falta de ar”	3	2,7
“Alguma falta de ar”	12	10,7
“Pouca falta de ar”	19	17
“Nenhuma ou reduzida falta de ar”	78	69,6
<b>Total</b>	<b>112*</b>	<b>100,0</b>

\* 4 Missings

Ao observar a **Tabela 11** constatámos que 69,6% ( $n = 78$ ) dos elementos da amostra apresentam “nenhuma ou reduzida falta de ar”, 27,7% ( $n = 31$ ) referem alguma ou pouca falta de ar na execução das atividades do autocuidado e apenas 2,7% ( $n = 3$ ) referem apresentar “muita falta de ar” ao desenvolver as atividades do seu autocuidado. Dada a natureza do critério utilizado na categorização da intolerância global à atividade procedemos à identificação e análise dos clientes que referiam “nenhuma ou reduzida falta de ar”, o que nos permitiu identificar oito clientes que referem nenhuma falta de ar em todos os itens dos diferentes subdomínios do autocuidado. Este reduzido número de clientes reflete a influência que esta condição clínica (IC) tem sobre a perceção da falta de ar no desempenho das atividades de autocuidado.

**Tabela 12** Análise descritiva da intolerância à atividade nos diferentes subdomínios do autocuidado

	Muita falta de ar n / (%)	Alguma falta de ar n / (%)	Pouca falta de ar n / (%)	Nenhuma ou reduzida falta de ar n / (%)	Missings
<b>Higiene</b>	3 (2,7%)	12 (10,7%)	19 (17%)	78 (69,6%)	4
<b>Alimentar-se</b>	1 (0,9%)	1 (0,9%)	5 (4,4%)	107 (93,9%)	2
<b>Vestir-se/ Despir-se</b>	4 (3,6%)	12 (10,8%)	19 (17,1%)	76 (68,5%)	5
<b>Andar</b>	7 (6,3%)	16 (14,3%)	42 (37,5%)	47 (42%)	4

A análise descritiva da intolerância à atividade nos diferentes subdomínios do autocuidado (**Tabela 12**) revela que os clientes da amostra referem maior percepção de falta de ar no subdomínio do autocuidado andar, onde se verifica um menor número de clientes com “nenhuma ou reduzida falta de ar” na comparação com os restantes subdomínios. A existência de poucos clientes que referem “muita ou alguma falta de ar” nos diferentes subdomínios pode ser explicado pela caracterização clínica desta amostra (classificação de NYHA), onde 34,5% ( $n = 40$ ) encontram-se na classe I, 44,8% ( $n = 52$ ) na classe II, 20,7% ( $n = 24$ ) na classe III e 0% na classe IV.

### **3.4. A Dependência para o Autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca**

Como referimos anteriormente, o instrumento de recolha de dados utilizado permite verificar a capacidade da pessoa para realizar atividades de autocuidado, identificando o nível dependência da associado à realização de cada uma das atividades para determinados subdomínios do “autocuidado”, nomeadamente, autocuidado higiene, vestir-se/despir-se, alimentar-se e andar. Com o objetivo de caracterizar a dependência em cada subdomínio do autocuidado analisamos cada variável no que respeita à frequência absoluta e relativa. Ou seja, em cada item do subdomínio do autocuidado apresentaremos os valores de frequências (absoluta e relativa), conforme a distribuição dos clientes pelos quatro níveis de capacidade para a realização das atividades: “dependente não participa” corresponde ao score 1; “necessita de ajuda de pessoa” ao score 2; “necessita de equipamento” ao score 3; e “independente” ao score 4 (**Tabela 13**).

Como podemos observar pela **Tabela 13** relativamente ao subdomínio do autocuidado higiene, mais de 70% dos indivíduos da nossa amostra referem ser “independentes” para a realização de cada uma das atividades específicas para a concretização deste autocuidado (com valores que oscilam entre os 73,3% e os 86,2%). Aproximadamente 20% dos participantes necessita de ajuda de pessoa para a realização da maior parte das atividades do autocuidado higiene, com exceção para “lavar o rosto” (10,3%), “secar o rosto” (11,2%), “pentear o cabelo” (11,2%) e “lavar os dentes” (8,6%). Constata-se um reduzido uso de equipamento de suporte à realização deste autocuidado (1-2 participantes) e de pessoas que não participam na realização das atividades, dependendo totalmente de pessoa (5-7 participantes).

**Tabela 13** As frequências, absoluta e relativa, relativas à dependência nos diferentes itens do Autocuidado Higiene

	Dependente não participa n / (%)	Necessita ajuda de pessoa n / (%)	Necessita equipamento n / (%)	Independente n / (%)	N
<b>AUTOCUIDADO: HIGIENE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Toma banho	7 (6%)	21 (18,1%)	2 (1,7%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Lava a cabeça	7 (6%)	21 (18,1%)	2 (1,7%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Lava o rosto	7 (6%)	12 (10,3%)	2 (1,7%)	<b>95 (81,9%)</b>	116
Lava o tronco	7 (6%)	19 (16,4%)	2 (1,7%)	<b>88 (75,9%)</b>	116
Lava os membros superiores	7 (6%)	21 (18,1%)	2 (1,7%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Lava as costas	7 (6%)	22 (19%)	2 (1,7%)	<b>85 (73,3%)</b>	116
Lava o períneo	7 (6%)	21 (18,1%)	2 (1,7%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Lava os membros inferiores	7 (6%)	21 (18,1%)	2 (1,7%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Seca a cabeça	7 (6%)	22 (19%)	1 (0,9%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Seca o rosto	7 (6%)	13 (11,2%)	1 (0,9%)	<b>95 (81,9%)</b>	116
Seca o tronco	7 (6%)	22 (19%)	1 (0,9%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Seca os membros superiores	7 (6%)	22 (19%)	1 (0,9%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Seca as costas	7 (6%)	23 (19,8%)	1 (0,9%)	<b>85 (73,3%)</b>	116
Seca o períneo	7 (6%)	22 (19%)	1 (0,9%)	<b>86 (74,1%)</b>	116
Seca os membros inferiores	7 (6,1%)	21 (18,3%)	1 (0,9%)	<b>86 (74,8%)</b>	115
Lava os dentes	5 (4,3 %)	10 (8,6%)	1 (0,9%)	<b>100(86,2%)</b>	116
Pentear-se	5 (4,3 %)	13 (11,2 %)	1 (0,9%)	<b>97 (83,6%)</b>	116
Seca cabelo	7 (6%)	20 (17,2%)	1 (0,9%)	<b>88 (75,9%)</b>	116

Na **Tabela 14** podemos observar que mais de 80% dos indivíduos da nossa amostra referem que são independentes em todas atividades para alimentar-se. De notar que o item “abrir os recipientes” é o mais referido pelos clientes como “necessitarem de ajuda de pessoa” (9,5%).

**Tabela 14** As frequências, absoluta e relativa, relativas à dependência nos diferentes itens do Autocuidado Alimentar-se

	Dependente não participa n / (%)	Necessita ajuda de pessoa n / (%)	Necessita equipamento n / (%)	Independente n / (%)	N
<b>ALIMENTAR-SE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Reunir a comida no prato	8 (6,9%)	8 (6,9%)		<b>100 (86,2%)</b>	116
Cortar os alimentos no prato	8 (6,9%)	9 (7,8%)		<b>99 (85,3%)</b>	116
Abrir os recipientes	8 (6,9%)	<b>11 (9,5%)</b>	1 (0,9%)	<b>96 (82,8%)</b>	116
Levar os alimentos à boca	4 (3,4%)	2 (1,7%)		<b>110 (94,8%)</b>	116

Relativamente ao autocuidado “Vestir-se/despir-se” (**Tabela 15**), mais de 70% dos indivíduos da nossa amostra referem ser “independentes” para a realização de cada uma das atividades específicas para a realização deste autocuidado (com valores que oscilam entre os 73,3% e os 79,3%). Entre 15,5% e 18,1% dos participantes necessita de ajuda de pessoa na realização de atividades para vestir e despir o seu vestuário. Constatou-se que nenhum dos participantes recorre ao uso de equipamento de suporte à realização deste autocuidado e que algumas pessoas não participam na realização das atividades, dependendo totalmente de pessoa (5-10 participantes), com maior percentagem para calçar meias e sapatos (8,6%).

**Tabela 15** As frequências, absoluta e relativa, relativas à capacidade para a realização das diferentes atividades do Autocuidado Vestir-se/Despir-se

	Dependente não participa n / (%)	Necessita ajuda de pessoa n / (%)	Necessita equipamento n / (%)	Independente n / (%)	N
<b>VESTIR-SE/ DESPIR-SE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Veste a roupa - parte superior	5 (4,3%)	19 (16,4%)		<b>92 (79,3%)</b>	116
Veste a roupa - parte inferior	9 (7,8%)	18 (15,5%)		<b>89 (76,7%)</b>	116
Calça as meias	10 (8,6%)	<b>20 (17,2%)</b>		<b>86 (74,1%)</b>	116
Calça os sapatos	10 (8,6%)	18 (15,5%)		<b>88 (75,9%)</b>	116
Despe a roupa - parte superior	5 (4,3%)	<b>20 (17,2%)</b>		<b>91 (78,4%)</b>	116
Despe a roupa - parte inferior	9 (7,8%)	19 (16,4%)		<b>88 (75,9%)</b>	116
Despe as meias	10 (8,6%)	<b>21 (18,1%)</b>		<b>85 (73,3%)</b>	116

As atividades para andar são as que se apresentam maiores níveis de dependência, nomeadamente no que se reporta à velocidade e a distância. Como podemos observar pela **Tabela 16**, para "caminhar em ritmo acelerado", 49,6% dos participantes referem não conseguir fazê-lo, bem como "percorrer médias e grandes distâncias (14,8% e 20,9% respetivamente), ou "percorrer distâncias pequenas, médias ou grandes distâncias em plano inclinado" (12,2%, 18,4% e 25,4% respetivamente) e "subir um, dois ou mais de 2 lanços de escadas" (14,0%, 21,1% e 25,4% respetivamente).

**Tabela 16** As frequências, absoluta e relativa, relativas à capacidade para a realização das diferentes atividades do Autocuidado Andar

	Dependente não participa n / (%)	Necessita ajuda de pessoa n / (%)	Necessita equipamento n / (%)	Independente n / (%)	N
ANDAR	1	2	3	4	
Suporta o próprio peso	4 (3,4%)	2 (1,7%)	16 (13,8%)	<b>94 (81%)</b>	116
Caminha em ritmo lento	4 (3,4%)	2 (1,7%)	19 (16,4%)	<b>91 (78,4%)</b>	116
Caminha em ritmo moderado	15 (12,9%)	5 (4,3 %)	12 (10,3%)	<b>84 (72,4%)</b>	116
Caminha em ritmo acelerado	<b>57 (49,6%)</b>	1 (0,9%)	8 (6,8%)	<b>50 (42,7%)</b>	116
Caminha pelo quarto	6 (5,2%)	2 (1,7%)	17 (14,7%)	<b>91 (78,4%)</b>	116
Caminha pela casa	6 (5,2%)	2 (1,7%)	17 (14,7%)	<b>91 (78,4%)</b>	116
Percorre pequenas distâncias <100 m	10 (8,7%)	4 (3,5%)	16 (13,9%)	<b>85 (73,9%)</b>	115
Percorre distâncias médias >100 <600 m	17 (14,8%)	7 (6,1%)	11 (9,6%)	<b>80 (69,6%)</b>	115
Percorre grandes distâncias >600 m	24 (20,9%)	4 (3,5%)	8 (7%)	<b>79 (68,7%)</b>	115
P/ inclinado - pequenas distâncias <100 m	14 (12,2%)	8 (7%)	13 (11,3%)	<b>80 (69,6%)</b>	115
P/ inclinado - distâncias médias >100 <600 m	21 (18,4%)	5 (4,4%)	10 (8,8%)	<b>78 (68,4%)</b>	114
P/ inclinado - grandes distâncias >600 m	<b>29 (25,4%)</b>	1 (0,9%)	9 (7,9%)	<b>75 (65,8%)</b>	114
Sobe escadas 1 lanço - 15 degraus	16 (14%)	7 (6,1%)	11 (9,6%)	<b>80 (70,2%)</b>	114
Sobe escadas 2 lanços - 30 degraus	24 (21,1%)	3 (2,6%)	9 (7,9%)	<b>78 (68,4%)</b>	114
Sobe escadas mais de 2 lanços	<b>29 (25,4%)</b>	3 (2,6%)	8 (7,0 %)	<b>74 (64,9%)</b>	114

Neste subdomínio do autocuidado também se regista um maior número de participantes que usam equipamento para realizar atividades para andar (sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido; subir e descer escadas e rampas).

Em suma, relativamente ao nível de dependência no autocuidado, nos subdomínios do autocuidado higiene e vestir-se e despir-se a maioria dos indivíduos da nossa amostra referem ser “independentes” na concretização dos autocuidados, sendo os itens mais referidos como necessitarem de ajuda de pessoa, os relativos ao calçar e despir meias e despir a parte superior e inferior do corpo. De referir que a maioria dos clientes da nossa amostra referem ser independentes nas atividades do alimentar-se. Considerando o item “abrir os recipientes”, o que os clientes mais referem como “necessitarem de ajuda de pessoa”.

As atividades referentes ao subdomínio do andar são as que apresentam maiores níveis de dependência, nomeadamente no que se reporta à velocidade e à distância.

#### **3.4.1. A Capacidade Global para realizar atividades do Autocuidado**

Com o objetivo de caracterizar, de forma simples e clara, cada um dos elementos da amostra, optamos por determinar qual a dependência global relativamente ao autocuidado (reune todas os domínios do autocuidado), apresentando para cada cliente um score final. O score final representará um dos quatro níveis de dependência:

- Score 1 - “dependente não participa”;
- Score 2 - “necessita de ajuda de pessoa”;
- Score 3 - “necessita de equipamento”;
- Score 4 - “independente”.

Para categorizar o nível de dependência global no autocuidado de cada indivíduo, procedemos à criação de novas variáveis através da aplicação dos seguintes critérios, já utilizados por Duque (2009):

- **Dependente não participa** – todos os clientes com o score 1 em todos os itens das subescalas (Higiene, Vestir-se e Despir-se, Alimentar-se e Andar);
- **Independente** – clientes com o score 4 em todos os itens das subescalas (Higiene, Vestir-se e Despir-se, Alimentar-se e Andar);
- **Necessita de equipamento** – clientes com score > 2 em todos os itens, ou seja, os que “necessitam de equipamento” em alguns itens e podem ser “independentes”

noutros itens relativamente às subescalas (Higiene, Vestir-se e Despir-se, Alimentar-se e Andar);

- **Necessita de ajuda de pessoa** – os casos que não foram categorizados em nenhuma das três categorias anteriores.

Na **Tabela 17** apresentamos as frequências, absolutas e relativas, da amostra relativamente à dependência global no autocuidado

**Tabela 17** As frequências, absoluta e relativa, da amostra relativamente aos scores globais da dependência no autocuidado

Dependência para o autocuidado	Fa (n)	FR (%)
Score 1 – “ não participa”	0	0
Score 2 – “ajuda de pessoa”	69	59,5
Score 3 – “ajuda de equipamento”	5	4,3
Score 4 – “independente”	42	36,2
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Como podemos observar pela **Tabela 17**, 59,5% ( $n = 69$ ) dos indivíduos da amostra necessitam de ajuda de pessoas no autocuidado, 36,2% ( $n = 42$ ) são independentes e 4,3% ( $n = 5$ ) necessitam de ajuda de equipamento. Estes dados revelam a influência da condição de saúde (IC) sobre a capacidade para executar o autocuidado, constatando-se que a capacidade para o autocuidado varia “quase de uma forma dicotómica” entre a independência e a necessidade de ajuda de pessoa para completar as atividades de autocuidado. Estes dados podem resultar da incapacidade destes clientes, sozinhos, desenvolverem estratégias adaptativas que lhes permitam preservar a independência na presença de uma pior condição de saúde. Este resultado pode ser consequência da ausência de um programa de acompanhamento de enfermagem no contexto do estudo. Por sua vez a ausência de clientes que não participam nas atividades de autocuidado pode traduzir a natureza da consulta externa hospitalar, à qual, os clientes com maior incapacidade têm dificuldade em aceder, devido às políticas de transporte de clientes em vigor. Este facto em teoria pode também indicar que clientes com níveis mais avançados da doença são acompanhados noutros contextos, nomeadamente os de maior proximidade como são exemplos os cuidados de saúde primários. Na insuficiência, ausência ou incapacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, estes clientes são aqueles que mais frequentemente encontramos no internamento hospitalar.

**Tabela 18** Análise descritiva dos subdomínios da dependência no autocuidado

		Dependente não participa n / (%)	Necessita de ajuda de pessoa n / (%)	Necessita Equipamento n / (%)	Independente n / (%)
Subdomínios	Higiene	5 (4,3%)	27 (23,3%)	--	84 (72,4%)
	Alimentar-se	3 (2,6%)	17 (14,7%)	1 (0,9%)	95(81,9%)
	Vestir-se/ Despir-se	5 (4,3%)	27 (23,3%)	--	84 (72,4%)
	Andar	4 (3,4%)	56 (48,3%)	8 (6,9%)	48 (41,4%)

A análise da **Tabela 18** revela que mais de 80% dos clientes são independentes nos domínios da higiene, alimentar-se e vestir-se/despir-se, verificando-se que é no autocuidado andar que as pessoas com IC apresentam maior dependência, com quase metade da amostra a necessitar da ajuda de pessoa em algum dos itens que concretizam este autocuidado.

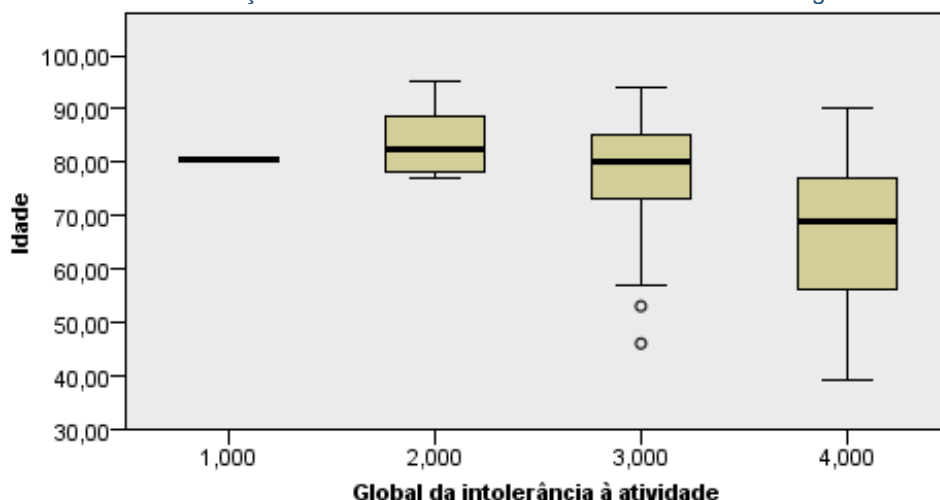
### 3.5. Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e intolerância à atividade na pessoa com Insuficiência Cardíaca

Na análise da relação entre a intolerância global à atividade e a dependência global no autocuidado verificamos com o aumento da intolerância global à atividade aumenta o grau de dependência global no autocuidado ( $r_{s113} = 0,432$ ;  $p = 0,01$ ). Para a nossa amostra podemos concluir que quanto maior a intolerância à atividade maior é o nível de dependência no autocuidado, o que faz todo o sentido uma vez que, como vimos anteriormente, as repercussões da intolerância à atividade refletem-se diretamente na capacidade que o indivíduo com IC tem para a realização do autocuidado.

A intolerância à atividade é influenciada pelas variáveis sociodemográficas idade e número de anos de escolaridade, verificando-se que os clientes que referem “nenhuma ou reduzida falta de ar” são mais novos que os clientes que referem “pouca falta de ar” e “alguma falta de ar” ( $p = 0,001$ ) (**Gráfico 2**). O que pode ser justificado pelo fator idade e presença de comorbilidades. Pois quanto mais idade têm os indivíduos da amostra maior será à partida a gravidade da IC e mais serão as comorbilidades presentes, logo maior será a falta de ar nestes clientes.



**Gráfico 2** Relação entre a intolerância à atividade e a variável demográfica: idade



Por seu lado, como verificamos na **Tabela 19** os clientes com maior número de anos de escolaridade são os clientes que referem menor falta de ar ( $r_{s116} = 0,282$ ;  $p = 0,01$ ). O que para além de serem mais jovens possa ser justificado pelo facto dos clientes que têm mais formação possam estar mais informados sobre técnicas de adaptação à sua nova condição de saúde.

**Tabela 19** Relação entre a intolerância à atividade e a variável demográfica: número de anos de escolaridade

		Número de anos de escolaridade	Global da intolerância à atividade
Spearman's rho	Coeficiente de correlação	1,000	,282**
	Sig. (2-tailed)	.	,002
	N	116	113

\*\* . A Correlação é significativa a um nível 0,01.

Na análise das variáveis sociodemográficas em estudo apenas o sexo e o número de anos de escolaridade influenciam a dependência global no autocuidado dos clientes com IC, verificando-se que são os homens que apresentam menor dependência global no autocuidado ( $U = 1077,5$ ;  $W = 1897,5$ ;  $p < 0,001$ ; *Mean Rank*: sexo masculino = 64,32; sexo feminino = 47,44). Este facto pode ser justificado pela maior idade das mulheres da nossa amostra.

Neste estudo os clientes independentes no autocuidado são os que têm mais anos de escolaridade ( $r_{s116} = 0,356$ ;  $p = 0,01$ ) (**Tabela 20**). Este dado poderá indicar que clientes com maior formação têm maior capacidade para desenvolver respostas humanas eficazes à doença, o que não será alheio a uma maior capacidade para tomar decisões informadas em saúde.

**Tabela 20** Relação entre a variável demográfica, número de anos de escolaridade e a dependência global no autocuidado

		Número de anos de escolaridade	Global da intolerância à atividade
Spearman's rho	Número de anos de escolaridade	Coeficiente de correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,356**
		N	,000
		116	116

\*\* . A Correlação é significativa a um nível 0,01.

Na análise das variáveis clínicas verificamos que a classe funcional da IC influencia a intolerância global à atividade ( $r_{s113} = -0,517$ ) e a dependência global no autocuidado ( $r_{s115} = -0,444$ ) dos clientes com IC. Assim, com a deterioração da classe funcional da IC, os clientes apresentam maior intolerância à atividade e maior dependência global no autocuidado.

Como resultado do nosso estudo, podemos dizer que face aos condicionalismos que a doença e a sua evolução colocam aos clientes de IC, emerge a necessidade do desenvolvimento de competências no cliente, que lhe permita adquirir conhecimentos e estratégias de adaptação à sua condição de saúde. O estudo realizado por Aguardo (2010) conclui que os clientes com IC que recebem intervenção educacional do enfermeiro após a alta hospitalar tem menos readmissões hospitalares e mostram uma tendência à melhoria da qualidade de vida, demonstrando a eficácia de uma intervenção educativa domiciliar em clientes com IC a longo prazo. Este acompanhamento deve ser direcionado para ações voltadas para a educação para a saúde e para a aprendizagem de estratégias de adaptação na realização do autocuidado.

O enfermeiro deve priorizar como uma das ações fundamentais a sensibilização do cliente com IC para a necessidade de adoção de estratégias que permitam uma melhor gestão de energia, para conseguir manter a sua autonomia e consequentemente melhor qualidade de vida.

## **4. CONCLUSÕES**

Como referimos anteriormente as doenças cardiovasculares estão no top das doenças com maior mortalidade e morbidade a nível mundial e a IC como integrante neste tipo de doenças, é também uma das patologias com maior prevalência na sociedade atual.

Através do nosso estudo, constatamos que o cliente com IC apresenta limitações na realização das atividades de vida diária.

As limitações na realização das atividades do autocuidado acabam por se tornar mais evidentes em estádios mais avançados da doença. Assim, podemos concluir que quanto maior for a intolerância à atividade apresentada pela pessoa com IC, consequentemente maior será o impacto na forma como realiza as suas atividades de autocuidado. Desta forma quanto maior for a intolerância à atividade maiores serão as limitações relativamente à dependência no autocuidado.

É neste âmbito que se torna pertinente o desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC, e é através de ações de disponibilização de informação e ensino de estratégias de adaptação, que muito pode contribuir a ação dos enfermeiros. Este estudo permitiu-nos identificar algumas dificuldades apresentadas por estes clientes face a doença. E como resposta a estas necessidades o enfermeiro pode desenvolver uma maior sistematização de intervenção no domínio da intolerância à atividade, reduzindo assim os níveis de dependência no autocuidado. Desta forma estaremos a promover a autonomia no autocuidado e a contribuir para uma melhor qualidade de vida.

### **4.1. Implicação para a Enfermagem**

Os enfermeiros têm papel fundamental na promoção da saúde dos clientes com IC, promovendo estratégias que os capacitem a melhorar a sua autonomia e a gerirem a energia despendida ao nível das atividades do autocuidado.

A aplicação destas estratégias visam essencialmente promover melhorias na qualidade de vida dos clientes, tornando-os mais pró-ativos na tomada de decisão relativamente ao modo de viver, assumindo responsabilidades quanto aos comportamentos que levam à melhoria da sua condição de saúde.

Na nossa perspetiva a aplicação deste instrumento aos clientes com IC, foi uma mais-valia, pois permitiu-nos perceber quais as reais limitações destes clientes ao nível do autocuidado. Como forma de promover a autonomia destes clientes, pode contribuir muito a evolução do conhecimento sobre o desenvolvimento de competências de realização do autocuidado.

Deste modo propomos a utilização deste instrumento noutros contextos da prática clínica de forma a conseguirmos comparar resultados em diferentes realidades e contextos. Desta forma conseguiremos avaliar melhor este tipo de clientes relativamente às atividades do autocuidado.

De referir que o contexto em que foi efetuada a recolha de dados, consulta de ambulatório, será um dos locais propícios à análise das dificuldades sentidas por este tipo de clientes, assim como ao ensino do desenvolvimento de estratégias para uma melhor adaptação à sua situação de saúde.

#### **4.2. Implicações para futuras investigações**

A realização deste trabalho contribuiu muito tanto para o nosso desenvolvimento pessoal como profissional e, esperamos que seja uma fonte de motivação para outros estudos nesta área, ainda pouco estudada neste tipo de clientes. Pelo que se realça a importância de lhe dar continuidade, através da realização de outros estudos, com o intuito de noutros contextos identificarmos por exemplo se os clientes, com mais ou menos autonomia e tolerância ao autocuidado, se apresentam em estádios da IC semelhantes. Desta forma podemos contribuir para o aumento da autonomia e bem-estar do cliente com IC.

Consideramos que a informação produzida pela aplicação de instrumentos de medida permite identificar necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem e ajudar a planear estratégias de intervenção no sentido de maximizar as suas habilidades e competências e minimizar as implicações e repercussões negativas da doença na qualidade de vida dos clientes.

#### **4.3. Limitações do estudo**

A principal limitação deste estudo foi a limitação temporal, que embora o espaço que medeia entre a recolha de dados e a apresentação dos mesmos seja grande (por motivos de carácter pessoal), o espaço temporal reduzido a que me refiro corresponde à limitação no acesso à amostra cedido pela entidade hospitalar correspondente.

Uma outra limitação prende-se ainda com o pouco refinamento do instrumento para ser aplicado em outros contextos, pelo que sugerimos que este instrumento seja aplicado em futuros estudos, não somente nas consultas externas, mas também no internamento, no acompanhamento domiciliário e no acampamento ao longo do tempo destes clientes adquirindo um carácter longitudinal, reajustando o documento para a realidade da pessoa com IC.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado, O.; Morcillo, C.; Delàs, J.; Rennie, M.; Bechich, S.; Schembari, et al. (2010) - A Long-term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure. *Heart & Lung*:14-22.

Aguiar, P.; Silva, C. (2005) - "O que é um delineamento de um estudo em saúde?". *Eurotrials Consultores Científicos*. Gauss n.º3B, Janeiro, p.1-2.

Aliti, G.B.; Rabelo, R.E.; Domingues, F.B. ClausellN. Cenários de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. *RevLatino-amEnferm*. 2007; 15(2): 344-9.

Almeida, A. (2009) - A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em contexto domiciliar. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

American Heart Association. What is Heart Failure? DOI: [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/AboutHeart-Failure\\_UCM\\_002044\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/AboutHeart-Failure_UCM_002044_Article.jsp). Acesso em 20/06/2012

American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care*.1999;159:321-40.

Andrade, F. (2009) - O Cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. [Tese de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Araújo, I. (2010) - Cuidar da família com um idoso dependente: formação em Enfermagem. [Tese de Doutoramento]. Porto: Universidade do Porto, ICBAS.

Aronow, W.S. Epidemiology, pathophysiology, prognosis, and treatment of systolic and diastolic heart failure in elderly patients. *Heart Dis*, 5(4): 279-294, 2003.

Banco de dados do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde. Brasil; 2012 set [acesso em 2012 set 23]. DOI: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Beauchamp TL & Childress JF 2002. Princípios da ética biomédica. Loyola, São Paulo.

Bennett, S. Diuretics: use, actions and prescribing rationale. *Nurse Prescribing*, 6 (2), 72-77, 2008.

Bennett, S. J.; Hays, L. M.; Embree, J. L.; Arnould M. Heart Messages: a tailored message intervention for improving heart failure outcomes. *J CardiovascNurs*, 14(4):94-105, 2000.

Blackwell, W. (2013). *Essentials of heart failure* (P. M. Cowie Ed.).

Bocchi E. A., Marcondes-Braga F. G., Ayub-Ferreira S. M., Rohde L. E., Oliveira W. A., Almeida D. R. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *ArqBrasCardiol*. 2009; 92 (6 supl): 1-71.

Bocchi E. A., Marcondes-Braga F. G., Bacal F., Ferraz A. S., Albuquerque D., Rodrigues D., et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *ArqBrasCardiol*. 2012; 98(1 sup): 1-33.

Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catà T, et al. Ensayoclínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficienciacardiaca: estudio IC-DOM. *RevEspCardiol*. 2009;62(4): 400-8.

Bulechek, G.; Butcher, H.; Dochterman, J. (2010) - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Carlson, B; Riegel, B; Moser, DK. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung*, 30:351 – 9, 2001.

Cavalcanti ACD, Correia DMS, Queluci GC. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. *Reveletrenf*. 2009; 11(1): 194-9.

Ceia, Fátima; Fonseca, Cândida - Insuficiência Cardíaca: internamento e ambulatório, unidades especializadas integradas em rede. *Revista Fatores de Risco*. Nº5 (2007), p. 39-45.

Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, de Sousa A, Gouveia-Oliveira A, on behalf of the EPICA Investigators. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail* 2002;4:531-9.

Cid-Ruzafa, Javier e Damián-Moreno, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica*, 1997, vol.71, no.2, p.127-137. ISSN 1135-5727.

Cleland JGF. Management of heart failure in clinical practice. Heart 2002; 88(Suppl II):5-8

Dias, D – Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos. Ver, Bras, Enferm; 49(3):315-32. Jul-Set. 1996 Ilus.

Dickstein K. Solal AC, Filippatos G, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. European Heart Journal. 2008; 29, 2388 –2442.

DGS – Direção Geral de Saúde. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014 [Em Linha] [Consul.10agosto2015] DOI: <http://www.dgs.pt> .

Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Doenges, M.; Moorhouse, M. (2010) - Aplicação do processo de Enfermagem e do diagnóstico de Enfermagem: um texto interativo para o raciocínio do diagnóstico. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

Downing, J & Balady, GJ. The Role of Exercise Training in Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2011;58:561–9

Duarte, Y. A. O; Andrade, C. L.; Lebrão, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. RevEscEnferm USP. v. 41 N.2 p.317-325, 2007.

Duque, H. J. – O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a ação profissional dos Enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

European Society of Cardiology - ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic Heart Failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and

Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs104. Vol.33 (2012), p.1787 –1847.

European Society of Cardiology - Acute and Chronic Heart Failure. 2012. [Em linha][Consul.12julho2013]. DOI: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/escguidelines/Pages/Guidelineslist.aspx> .

Evangelista, L.; Dracup, K.; Doering, L. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *ProgCardiovascNurs*, 15:97-103, 2000.

Fonseca, C. – Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal. Primeiras jornadas Lusófonas de cardiologia. Cabo Verde. 2009 [Em linha]. [Consul. 15 Jul.2013] Disponível em [http://www.spc.prt/dl/home-listdestaques/jornadas\\_CaboVerde.pdf](http://www.spc.prt/dl/home-listdestaques/jornadas_CaboVerde.pdf) .

Fonseca, Cândida - Insuficiência Cardíaca: a epidemia que é urgente vencer. *Saúde Pública* 58 (2004) [em linha] – Consultado em 2013-06-27. DOI: <http://www.jasfarma.pt>

Fortin, M. (1999) - O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009) - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Freitas M. (2010) - Conhecimento e Significado da doença: expressões de pessoas com insuficiência cardíaca [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Gil, A. (2007) - Como elaborar projectos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas.

Gomes GC, Diogo MJD'E. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em Idosos. In: Diogo MJD'E, Neri AL, Cachioni M. *Saúde e qualidade de vida na Velhice*. Campinas: Alínea; 2004. p.107-32.

Guedes, D.P. et al. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. *Arq. bras. Cardiol.*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 439-450, 2006.

Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*. DOI:10.1016/j.cardfail.2010.04.004. Vol. 16, nº 6 (2010), p. 475-539.

Health, Department of. (2005) - Self-care support: A compendium of practical examples across the whole system of health and social care. United Kingdom.

Hobbs FD, Jones MI, Allan TF, Wilson S, Tobias R. European survey of primary care physician perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). *EurHeart J*. 2000; 21(22):1877-87.



Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Van der Wal M, LuttikML, Jaarsma T. Nurse-led interventions in heart failure care: Patient and nurse perspectives. Eur j cardiovascnurs. 2010; 9: 226-32.

Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2001; 104: 2996-3007.

Jaarsma, T.; Halfens, R.; Abu-Saad, H.H.; Dracup, K.; Stappers, J.; Ree.V. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. Eur Heart J, 1:151-160, 1999.

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Deochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Ligações entre NANDA-NIC-NOC, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Johnson, M. et al. (2009) - Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. 2ª Edição, São Paulo: Artmed.

Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. (2000) - Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 2ª Edição, Porto Alegre: Artmed Editora.

Konick-McMahan J, Bixby B, McKenna C. Heart failure in older adults. Providing nursing care to improve outcomes. J GerontolNurs. 2003; 29(12):35-41.

Konick-McMahan J, Bixby B, McKenna C. Heart failure in older adults. Providing nursing care to improve outcomes. J GerontolNurs. 2003;29(12):35-41.

Lage, M. (2007) - Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador Informal. [Tese de Doutorado]. Porto: Universidade do Porto, ICBAS.

Lessa QCSS, Frossard JM, Queluci GC. Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. Rev. pesq. cuid. fundam (Online) [periódico na Internet]. 2010 out-dez [acesso em 2013 Agost.5]; ed. Suppl: 591-5. DOI: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/986/pdf\\_224](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/986/pdf_224) .

Liné AB, Liedholm H, Israelsson B. Effects of systematic education on heart failure patients' knowledge after 6 months. A randomized controlled trial Eur j heartfail. 1999; 219-27.

Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, et al. Heart disease and stroke statistics--2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Circulation. 2009 Jan 27; 119 (3): 21-181.

Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation Study Identifies Relevant Nursing Diagnoses, Nursing Interventions, and Health Outcomes for people with Traumatic Brain Injuries. Rehabilitation Nurs 2010; 35(4):161-66.

Mahler DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. The measurement of dyspnea. Contents, interobserver agreement and physiologic correlates of two new clinical indexes. Chest. 1984; 85: 751-8.

Marinker, M.; Shaw, J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. BMJ, 326:348-349, 2003.

Maroco, J; Garcia-Marques, T (2006) - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Publicações ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada) Laboratório de Psicologia, 4 (1): 65-90. DOI: <http://hdl.handle.net/10400.12/133>.

McMurray J, Adamopoulos S, Anker SD et al.(2012) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure . European Heart Journal; 33: 1787–1847.

Meleis, A. (1994) - "Facilitating transitions: redefinition of a Nursing mission". Nursing Outlook. vol.42, n. °6, p.255-259

Meleis, A. (2007) - Theoretical Nursing development & progress. 4ª Edição, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. et al. (2000) - "Experiencing transitions: an emerging middle-range theory". Advanced Nursing Science. Vol.23, n.º3, p.12-28.

Melo, M. (2010) - Auto cuidado em doentes com hemiplegia: cuidados continuados de convalescença. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto, ICBAS.

Mendes, A; Bastos; Paiva, A – “A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença”, Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 2 - Dez. 2010

Mendez GF, Cowie MR. The epidemiological features of heart failure in developing countries: a review of the literature. Int J Cardiol 2001; 80:213-9.

Mesquita, E.T; Sócrates, J.; Rassi, S; Villacorta, H.; Mady, C; (2004) Insuficiência cardíaca com função sistólica preservada. Arq. Bras. Cardiol, 82 (5):494-500.

Ministério da Saúde (2007) - Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados. Lisboa: Ministério da Saúde.

Montera WM, Almeida DR, Tinoco EM, et al. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. ArqBrasCardiol. 2009; 93(3 supl.3): 1-65

Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart 2007; 93:1137-1146, Clinical practice. Systolic heart failure. N Engl J Med 2010;362: 228-238

Mota DDCF, Cruz DALM. Fadiga: uma análise de conceito. Act. Paul. Enferm. 2005; 18 (3): 285-93

Najafi F. et al. (2009) Understanding the epidemic of HF: a Systematic Review of trends in determinants of HF. Eur J Heart Fail, 11 (5):472-9.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições classificações 2007-2008. Trad. de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Ni, H.; Nauman, D.; Burgess, D.; Wisw, K.; Crispell, K.; Hershberger R.E. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. Arch Intern Med, 159:1613-19, 1999.

North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Ileana L. Pina, for the HF-ACTION Investigators. Efficacy and Safety of Exercise Training in Patients With Chronic Heart Failure - HF-

ACTION Randomized Controlled Trial. JAMA. 2009;301(14):1439-1450.

Oguz, Sıdıka ;Enç, Nancy (2008) - Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. JournalCompilation- InternationalCouncilofNurses. Vol. 55, nº 4, p. 462-467.

OMS - Organização Mundial de Saúde. As doenças cardiovasculares. 2013 [Em linha] [Consul.06maio2013] DOI: <http://www.who.int/mediacenter/Factsheets/fs317/en/>.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – Art.º 81 do Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D (1991) - Modelo de Orem: Conceptosen la Prática. Barcelona: Masson.

Orem, D. (2001) - Nursing Concepts of Prattice. 6ª Edição. St Louis: Mosby.

Pablo Castro G, José Luis Vukasovic R, Eduardo Garcés S, Luis Sepúlveda M, Marcela Ferrada K, Sergio Alvarado O, en representación de grupo ICARO; Insuficiência cardíaca en hospitales chilenos: resultados del Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca, Grupo ICARO Rev Méd Chile 2004; 132: 655-662.

Pace, A. et al. (2006) - “O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado”. Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, vol.4, n.º5, p.84-90.

Pace, A. et al. (2006) - “O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado”. Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, vol.4, n.º5, p.84-90.

Padilha, J. M. (2010) – Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Rev Port Pneumol* Vol XVI N.º 4 Julho/Agosto, p. 641-648.

Padilha, J. (2006) - Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto, ICBAS.

Pender, Nola, J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2 nd Ed.). Califórnia: Appleton & Lange.

Pereira, R. (2008) - A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em meio hospitalar. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Pereira, R. (2008) - A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em meio hospitalar. [Tese de - Mestrado]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Petronilho, F. (2007) - Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.

Piepoli, M. F., et al (2011). - Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Heart Fail, 13 (4), 347-357. DOI: 10.1093/eurjhf/hfr017.

Polit, D. & Hungler, B. (2002). *Investigación científica enciencias de la salud*. México, DF: McGraw-Hill.

Polit, D.; Beck, C; Hungler, B. (2004) - Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed.

Polit, Denise F; Hungler, Bernardette P. (1995) - Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: ArtesMédicas.

Powell, L.H.; Calvin, J.E.; Richardson, D.; Janssen, I.; Leon, C.F.M.; Flynn, K. et al. Self-management counseling in patients with heart failure. JAMA, 304 (12); 1331-38, 2010.

Quinn C. Low-technology heart failure care in home health: improving patient outcomes. Home healthcare nurs. 2008 Sept; 24(8): 533-40.

Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(1):165-70.

Rabelo, E.R; Aliti, G.B; Goldraich, L.; Domingues, F.B; Clausell, N; Rohde, L.E. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. Arq Bras Cardiol, 87 (3): 352-58, 2006.

Reveles GA, Takahashi TR. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. Revescenferm USP. 2007; 41(2): 245-50.

Ribeiro, J. L. P. – Investigação e avaliação em Psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999 ISBN: 972-8449-44-5.

Rich, M.W.; Beckham, V.; Wittenberg, C.; Leven, C.L.; Freedland, K.; Carney, R.M. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*, 333:1190-95, 1995.

Riegel B, Moser DK, Anker SD, American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 120:1141-63.

Rodriguez-Gazquez, MA, Arredondo-Holguin E, Herrera-Cortes, R. - Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev Latino-am Enferm*. 2012; 20(2): 1-11.

Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res*.2013;113 (6):646-59.

Roncalli, J [et al.] - Improvement of Young and Elderly Patient's Knowledge of Heart Failure After an Educational Session. *Clinical Medicine Cardiology*. Vol 20, nº3 (2009)

Rossi Neto JM. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca no Brasil e no Mundo. *RevSocesp*. 2004; 14(1):1-10.

Sally CI, Robyn AC, Finlay AM, Stewart S, Cleland JGF. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. *Eur J Heart Fail*. 2011;13:1028–40.

Sanders T, Harrison S, Checkland K. Personalizing protocol-driven care: the case of specialist heart failure Nurses. *J advnurs*. 2010; 66(9): 1937-45.

Santos, J.J.A; Plewka, J.E.A; Brofman, P.R.S. Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada. *ArqBrasCardiol*, 93 (2):159-66, 2009.

Santos, Z; Silva, R. (2006) - "Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde". *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo, vol.59, n.º2, p.206-211.

Savage, P. A., Shaw, A. O., Miller, M. S., Van Buren, P., LeWinter, M. M., Ades, P. A., & Toth, M. J. (2011). Effect of resistance training on physical disability in chronic heart failure. *Med Sci Sports Exerc*, 43 (8), p.1379-1386.

Scattolin FAA, Diogo Maria JD, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11): 2705-15.

Schumacher, K; Meleis, I. (1994) - "Transitions: a central concept in Nursing". *Image*. vol. 26, n.º2, p.119-125.

Shibata MC, Batlouni M. Tratamento da insuficiência cardíaca. *Ver. Jovem Médico* 1998 jun; 3 (2): 32-6.

Shulldham C. et al. (2007) - "Evaluation of the european heart failure self-care behaviour scale in a United Kingdom population". *Journal of Advanced Nursing*. vol.60, n.º1, p.87-95.

Silva MS, Bocchi EA, Guimaraes GV, Padovani CR, Silva MH, Pereira SF, et al. Benefits of exercise training in the treatment of heart failure: study with a control group. *ArqBrasCardiol*. 2002; 79 (4):351-62.

Silva, A. (2007) - "Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina". *Servir*. vol. 55, n.º1-2, Janeiro-Abril, p.11-20.

Silva, M. (2007) - Educar para o autocuidado num serviço hospitalar. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto, ICBAS.

Silva, M. et al. (2006) - "Avaliação do grau de dependência nas actividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza". *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, vol.19, n.º2, Abril/Junho, p.201-206.

Sisk, J.E.; Hebert, P.L.; Horowitz, C.R.; Mclaughlin, M.A.; Wang, J.J.; Chassin, M.R. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *AnnInternMed*, 145:273-83, 2006.

Soares, A [et al.] - Qualidade de vida de portadores de Insuficiência Cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. Vol. 21, nº 2 (2008), p. 243-248.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol*, 93 (Supl 1):1-71, 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. "I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares." Arq Bras Cardiol. 2015; 104(6):433-442.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia - A doença cardiovascular na europa ano de 2012. [Em linha] [Consul. 07 maio.2013] DOI: <http://www.spc.pt/spc/>.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia - Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da IC aguda e crónica. 2008. s/p.

Tiesinga LJ, Dassen TW, Halfens, RJ. DUFS and DEFS: Development, reliability and validity of the Dutch Fatigue Scale and the Dutch Exertion Fatigue Scale. Int J Nurs Stud. 1998; 35(1-2):115-23.

Torre-Amione G. Immune Activation in Chronic Heart Failure. Am J Cardiol. 2005; 95: 3C-8C.

Torres, G. et al. (2009) - "Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios". Avaliação psicológica. vol.8, n. 03, p.415-423.

Van Der Wal, M.H.L; Jaarsma, T.; van Veldhuisen, D.J. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? Eur J Heart Fail, 7(1):5-17, 2005.

Van Jaarsveld CH, Sanderman R, Miedema I, Ranchor AV, Kempen GI. Changes in health-related quality of life in older patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: a prospective study. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(8):1052-8.

While, A.; Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. Br J Community Nurs, 14(2):54-9, 2009.

While, Al; Kiek, F - Chronic Heart Failure: promoting quality of life. British Journal of Community Nursing. Vol.14, nº2 (2009), p. 54-59.

Wolinsky FD, Smith DM, Stump TE, Overhage JM, Lubitz RM. The sequelae of hospitalization for congestive heart failure among older adults. J AmGeriatrSoc. 1997; 45(5):558-63.

Wongpiriyayothar A, Piamjariyakul U, Williams PD. Effects of patient teaching, educational materials, and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among persons with heart failure. Applnurs res. 2011, 24: 59 66.



Xavier A, Bittar, D.; Ataíde, M. (2009) - “Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática”. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, vol.18, n.º1, p.124-130. Edição, Rio de Janeiro: Mosby Elsevier



## **ANEXOS**



**Anexo 1 - Autorização para a utilização do Instrumento de Dependência no  
Autocuidado e Intolerância à Atividade**

José Miguel Padilha

Professor Adjunto

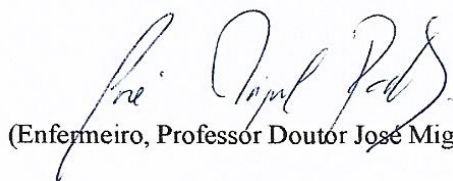
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Assunto: Autorização para a utilização do instrumento de avaliação da dependência no autocuidado e intolerância à atividade

**Autorização**

Para os devidos efeitos, José Miguel dos Santos Castro Padilha, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autoriza a Enfermeira Sofia Clara Costa Marinho Santos Moura a utilizar os instrumentos de avaliação da dependência no autocuidado e intolerância à atividade, no âmbito da Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Ciências de Enfermagem, a submeter ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Porto, Janeiro de 2012



(Enfermeiro, Professor Doutor José Miguel Padilha)

## Anexo 2 - Autorização do Centro Hospitalar São João EPE



Hipotiroidismo subclínico e factores de risco cardiovascular	Teresa Catarina Alves Pereira
Competência de gestão na formação em enfermagem	Maria Narcisa Costa Gonçalves
Avaliação do desenvolvimento da função visual de prematuros até aos 6 anos	Tânia Filipa Teixeira Gonçalves
Malassezia infections: experimental answers for a medical conundrum	Ana Filipa Bastos Pedrosa
Alterações do metabolismo do ferro na insuficiência cardíaca	Maria Inês Ribeiro Rangel
Avaliação da dependência no autocuidado e da intolerância à actividade em clientes com insuficiência cardíaca	Sofia Clara Costa Marinho Santos Moura
Avaliação da ingestão alimentar, inflamação e estado nutricional em doentes oncológicos	Elsa Maria Nunes de Madureira
Coping e capacidade para o trabalho	Marco Ramos
Avaliação e optimização dos níveis de referência de diagnóstico em TC em Pediatria	Joana Margarida Rodrigues dos Santos
Childhood obesity-related inflammation and vascular injury - Impact on the kidney	Liane Correia Costa

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 13 JUN 2012

Presidente do Conselho de Administração

Procurador Administrativo

Direcção Clínica      Enfermeira Directora      Vogal Executivo      Vogal Executivo

(Dra. Margarida Soares)      (Enfermeira Eunice Pereira)      (Dra. Joana Ramos)      (Dr. João Oliveira)

### Anexo 3 - Instrumento de Recolha de Dados (Padilha, 2012)

#### Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com IC, avaliação do impacto da doença no autocuidado

##### Formulário de recolha de dados

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doméstico ☐

Estudante ☐

Outra ☐ \_\_\_\_\_

**1. Local de residência**

Área urbana (Vila, Cidade) ☐

Área rural (Aldeia) ☐

**2. Sexo**

Masculino ☐

Feminino ☐

**3. Idade** \_\_\_\_ anos

**4. Estado civil**

Casado(a) / em união de facto ☐

Solteiro(a) ☐

Viúvo(a) ☐

Divorciado(a) ☐

**5. Formação** \_\_\_\_ anos

**6. Actividade profissional**

Trabalhador activo ☐

Reformado ☐

Desempregado ☐

Membros das forças armadas ☐

Quadros superiores da administração pública, ☐

Dirigentes e quadros superiores de empresa ☐

Especialistas das profissões intelectuais e científicas ☐

Técnicos e profissionais de nível intermédio ☐

Pessoal administrativo e similares ☐

Pessoal dos serviços e vendedores ☐

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ☐

Operários, artifices e trabalhadores similares ☐

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem ☐

Trabalhadores não qualificados ☐

**7. Residência**

1. Casa ☐

2. Instituição ☐

**8. Com quem vive**

Sozinho(a) ☐

Com cônjuge/ companheiro(a) ☐

Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as) ☐

Com filhos (as) ☐

Com outros familiares ☐

Com amigos (as) ☐

**9. Caso viva sozinho e necessite de apoio no autocuidado, a quem recorre:**

Filhos ☐

Vizinhos ☐

Amigos ☐

Parentes ☐

Instituição de apoio ☐

Ninguém ☐

Por opção ☐

Porque não tem apoio ☐

**10. Há quantos anos tem a doença** \_\_\_\_\_

**11 Refere dificuldades económicas:**

**12 Etiologia:**

Isquémica;

Hipertensiva

Valvular

Alcoólica

Idiopática

Não esclarecida

Outros: \_\_\_\_\_

**13 Classificação funcional**

**14 FEVE** \_\_\_\_\_

**Comorbilidades associadas?**

☐ Sim ☐ Não

**Se sim, quais?**

☐ Tumores ☐ Doenças do sangue ☐ Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas ☐ Doenças do sistema nervoso ☐ Doenças do aparelho circulatório ☐ Doenças do aparelho respiratório ☐ Doenças do aparelho digestivo ☐ Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo ☐ Doenças do aparelho genitourinário ☐ Outras: \_\_\_\_\_

Itens de Avaliação	Avaliação do Auto cuidado				Intolerância Atividade			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoa	Necessita equipamento	Autônomo	Muita falta ar	Alguma Falta de ar	Pouca Falta de ar	Nenhuma falta de ar
<b>Auto cuidado Higiene</b>								
Toma banho								
Lava a cabeça								
Lava o rosto								
Lava o tronco								
Lava os membros superiores								
Lava as costas								
Lava o períneo								
Lava os membros inferiores								
Seca a cabeça								
Seca o rosto								
Seca o tronco								
Seca os membros superiores								
Seca as costas								
Seca o períneo								
Seca os membros inferiores								
Lavar dentes								
Pentear-se								
Secar cabelo								
<b>Auto cuidado Alimentar-se</b>								
Reunir a comida no prato								
Cortar os alimentos no prato								
Abrir recipientes								
Levar os alimentos à boca								
<b>Auto cuidado Vestir-se/Despir-se</b>								
Veste a roupa parte superior								
Veste a roupa parte inferior								
Calça as meias								
Calça sapatos								
Despe a roupa parte superior								
Despe a roupa parte inferior								
Despe as meias								

Itens de Avaliação	Avaliação do Auto cuidado				Intolerância Actividade			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Dependente não participa	Necessita ajuda de pessoa	Necessita equipamento	Autônomo	Muita falta ar	Falta de ar moderada	Falta de ar ligeira	Nenhuma a falta de ar
<b>Auto cuidado Andar</b>								
Suporta o próprio peso								
Caminha em ritmo lento								
Caminha em ritmo moderado								
Caminha em ritmo acelerado								
Caminha pelo quarto								
Caminha pela casa								
Percorre pequenas distâncias < 100m								
Percorre distâncias médias >100<600m								
Percorre grandes distâncias >600m								
P/inclin. pequenas distâncias < 100m								
P/inclin. distâncias médias >100<600m								
P/inclin. grandes distâncias >600m								
Sobe escadas	1 lanço 15 degraus							
	2 lanços 30 degraus							
	Mais de 2 lanços							
Capacidade para falar a andar	Não se aplica							



#### Anexo 4 - Distribuição da amostra pelo Nível de Escolaridade

##### formação em anos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não frequentou o ensino	7	6,0	6,0	6,0
	até 4 anos	78	67,2	67,2	73,3
	5 a 6 anos	7	6,0	6,0	79,3
	7 a 9 anos	11	9,5	9,5	88,8
	10 a 12 anos	8	6,9	6,9	95,7
	mais de 12 anos	5	4,3	4,3	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

## Anexo 5 - Variáveis Clínicas: Etiologia da doença e Classificação funcional

**Etiologia da doença**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Isquêmica	35	30,2	30,2	30,2
	Hipertensiva	11	9,5	9,5	39,7
	valvular	5	4,3	4,3	44,0
	Alcoólica	13	11,2	11,2	55,2
	Ideopática	11	9,5	9,5	64,7
	Não esclarecida	34	29,3	29,3	94,0
	7,00	7	6,0	6,0	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

**Classificação funcional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Classe I	40	34,5	34,5	34,5
	classe II	52	44,8	44,8	79,3
	classe III	24	20,7	20,7	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

**Anexo 6 - Análise das variáveis: Idade; Nº de anos de doença; FEVE e Atividade profissional**

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	116	39,000	95,000	70,73276	13,409508
Há quantos anos tem a doença	116	1,00	30,00	3,5948	4,20554
Fração ejeção ventricular esquerda (valor)	76	9,00	66,00	31,6974	12,52945
Valid N (listwise)	76				

**atividade profissional**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid    trabalhador activo	23	67,6	67,6	67,6
reformado	11	32,4	32,4	100,0
Total	34	100,0	100,0	

## Anexo 7 - Instrumento de Avaliação da Tolerância à Atividade: consistência interna

### Higiene

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,994	18

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Toma banho	60,1193	169,662	,977	,994
Lava_cabeça	60,1101	169,673	,991	,994
Lava_rosto	60,0092	172,657	,924	,994
Lava_tronco	60,0826	170,336	,973	,994
Lava_membros_superiores	60,1009	169,703	,989	,994
Lava_costas	60,1284	169,539	,983	,994
Lava_períneo	60,1193	169,587	,980	,994
Lava_membros_inferiores	60,2202	169,173	,929	,994
Seca_cabeça	60,1101	169,673	,991	,994
Seca_rosto	60,0092	172,657	,924	,994
Seca_tronco	60,1009	169,703	,989	,994
Seca os membros superiores	60,1009	169,703	,989	,994
Seca_costas	60,1468	169,478	,972	,994
Seca_períneo	60,1193	169,328	,979	,994
Seca_membros_inferiores	60,2385	169,109	,923	,994
Lavar_dentes	59,9174	175,243	,842	,995
Pentear_	59,9450	174,849	,855	,995
Secar_cabelo	60,0275	172,231	,912	,994

## Alimentar-se

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,974	4

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Reunir_comida_prato	11,6727	1,635	,950	,962
Cortar_alimentos_prato	11,6727	1,562	,977	,954
Abrir_recipientes	11,6818	1,558	,960	,960
Levar_alimentos_boca	11,6364	1,848	,869	,985

## Vestir-se e despir-se

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,980	7

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Veste_roupa_parte_superior	20,7222	21,399	,841	,982
Veste_roupa_parte_inferior	20,8796	20,126	,946	,975
Calça_meias	20,9722	19,467	,949	,975
Calça_sapatos	20,9352	19,631	,948	,975
Despe_roupa_parte_superior	20,7778	20,791	,895	,979
Despe_roupa_parte_inferior	20,9444	19,679	,957	,975
Despe_meias	20,9907	19,392	,949	,975

## Andar

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,932	15

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Suporta_proprio_peso	39,1186	78,175	,365	,934
Caminha_ritmo_lento	39,3220	73,532	,682	,928
Caminha_ritmo_moderado	40,0508	70,290	,658	,927
Caminha_ritmo_acelerado	40,7288	73,305	,271	,943
Caminha_quarto	39,2203	75,244	,473	,932
Caminha_casa	39,2542	74,745	,543	,931
Percorre_pequenas_distancias	39,6610	68,918	,790	,924
Percorre_medias_dist	40,1864	67,223	,803	,923
Percorre_grandes_dist	40,6271	67,410	,794	,923
Pla_inc_pequenas_dist	40,2712	66,098	,835	,922
Pla_inc_medias_dist	40,7797	65,933	,891	,920
Pla_inc_grandes_dist	41,2712	69,098	,729	,925
Sobe_escadas_1_lanço	40,3220	65,222	,773	,924
Sobe_escadas_2_lanço	40,7458	64,572	,837	,922
Sobe_escadas_mais_2_lanço	41,1525	69,063	,740	,925

## Global

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,981	43

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Toma banho	145,2241	486,493	,924	,980
Lava_cabeça	145,2241	486,493	,924	,980
Lava_rosto	145,2069	488,027	,916	,980
Lava_tronco	145,2241	486,493	,924	,980
Lava_membros_superiores	145,2241	486,493	,924	,980
Lava_costas	145,2586	485,669	,905	,980
Lava_períneo	145,2586	485,002	,927	,980
Lava_membros_inferiores	145,2931	484,246	,883	,980
Seca_cabeça	145,2241	486,493	,924	,980
Seca_rosto	145,2069	488,027	,916	,980
Seca_tronco	145,2241	486,493	,924	,980
Seca os membros superiores	145,2241	486,493	,924	,980
Seca_costas	145,2931	484,632	,898	,980
Seca_períneo	145,2586	485,072	,894	,980
Seca_membros_inferiores	145,3276	483,207	,881	,980
Lavar_dentes	145,1207	492,424	,853	,980
Pentear_	145,1207	492,424	,853	,980
Secar_cabelo	145,1207	492,424	,853	,980
Reunir_comida_prato	145,0172	504,930	,725	,981
Cortar_alimentos_prato	145,0345	501,964	,762	,981
Abrir_recipientes	145,0517	500,401	,815	,981
Levar_alimentos_boca	145,0172	504,930	,725	,981
Veste_roupa_parte_superior	145,1034	501,182	,762	,981
Veste_roupa_parte_inferior	145,2241	494,247	,796	,980
Calça_meias	145,3276	488,294	,832	,980
Calça_sapatos	145,2759	491,642	,796	,980
Despe_roupa_parte_superior	145,1379	497,805	,815	,980
Despe_roupa_parte_inferior	145,2931	491,123	,809	,980
Despe_meias	145,3276	488,294	,832	,980
Suporta_proprio_peso	145,0172	507,315	,692	,981
Caminha_ritmo_lento	145,2069	496,658	,803	,980
Caminha_ritmo_acelerado	146,6034	509,366	,092	,984
Caminha_quarto	145,1207	497,722	,727	,981
Caminha_casa	145,1552	497,326	,763	,981
Percorre_pequenas_distancias	145,5345	487,622	,795	,980
Percorre_medias_dist	146,0517	488,471	,677	,981
Percorre_grandes_dist	146,5000	491,763	,583	,981
Pla_inc_pequenas_dist	146,1379	485,981	,698	,981
Pla_inc_medias_dist	146,6552	489,388	,633	,981
Pla_inc_grandes_dist	147,1552	500,800	,372	,982
Sobe_escadas_1_lanço	146,1897	482,963	,668	,981
Sobe_escadas_2_lanço	146,6207	485,257	,627	,981
Sobe_escadas_mais_2_lanço	147,0345	498,806	,432	,981

**Anexo 8 - Instrumento de Avaliação da Dependência para o Autocuidado:  
consistência interna**

Higiene

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,995	18

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Toma banho no chuveiro	59,4174	243,456	,992	,994
Lava_cabeça_	59,4174	243,456	,992	,994
Lava_rosto	59,2609	249,247	,879	,995
Lava_tronco	59,3826	244,607	,970	,994
Lava_membros_superiores	59,4174	243,456	,992	,994
Lava_costas	59,4348	243,722	,974	,994
Lava_períneo	59,4174	243,456	,992	,994
Lava_membros_inferiores	59,4174	243,456	,992	,994
Seca_cabeça	59,4261	243,247	,990	,994
Seca_rosto	59,2696	249,041	,875	,995
Seca_tronco	59,4261	243,247	,990	,994
Seca os membros superiores	59,4261	243,247	,990	,994
Seca_costas	59,4435	243,512	,973	,994
Seca_períneo	59,4261	243,247	,990	,994
Seca_membros_inferiores	59,4261	243,247	,990	,994
Lavar_dentes	59,1652	254,508	,779	,996
Pentear_	59,2174	252,242	,824	,996
Secar_cabelo	59,3913	244,398	,967	,994

Alimentar-se

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,936	4



#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Reunir_comida_prato	11,0948	4,991	,922	,892
Cortar_alimentos_prato	11,1121	4,848	,953	,881
Abrir_recipientes	11,1552	4,845	,917	,895
Levar_alimentos_boca	10,8879	6,970	,657	,974

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Reunir_comida_prato	11,0948	4,991	,922	,892
Cortar_alimentos_prato	11,1121	4,848	,953	,881
Abrir_recipientes	11,1552	4,845	,917	,895
Levar_alimentos_boca	10,8879	6,970	,657	,974

Vestir-se

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,987	7

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Veste_roupa_parte_superior	20,6293	35,192	,916	,987
Veste_roupa_parte_inferior	20,7155	33,684	,957	,984
Calça_meias	20,7759	33,236	,959	,984
Calça_sapatos	20,7414	33,428	,956	,984
Despe_roupa_parte_superior	20,6466	34,857	,939	,985
Despe_roupa_parte_inferior	20,7328	33,554	,961	,984
Despe_meias	20,7931	33,174	,958	,984

## Andar

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,973	15

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Suporta_proprio_peso	46,5351	177,083	,770	,973
Caminha_ritmo_lento	46,5614	176,797	,776	,973
Caminha_ritmo_moderado	46,8421	164,736	,929	,970
Caminha_ritmo_acelerado	47,8421	169,639	,513	,979
Caminha_quarto	46,5965	175,800	,737	,973
Caminha_casa	46,5965	174,190	,821	,972
Percorre_pequenas_distancias	46,7193	169,637	,873	,971
Percorre_medias_dist	46,9123	163,656	,925	,970
Percorre_grandes_dist	47,0175	160,336	,943	,970
Pla_inc_pequenas_dist	46,8684	164,876	,934	,970
Pla_inc_medias_dist	46,9912	161,549	,939	,970
Pla_inc_grandes_dist	47,1228	160,197	,895	,971
Sobe_escadas_1_lanço	46,9035	163,929	,928	,970
Sobe_escadas_2_lanço	47,0263	160,893	,925	,970
Sobe_escadas_mais_2_lanço	47,1491	160,305	,887	,971

## Global

### Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,991	,991	44

**Estatísticas de item-total**

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Toma banho no chuveiro	148,8673	1295,277	,955	.	,990
Lava_cabeça_	148,8673	1295,277	,955	.	,990
Lava_rosto	148,7080	1308,387	,845	.	,990
Lava_tronco	148,8319	1297,838	,934	.	,990
Lava_membros_superiores	148,8673	1295,277	,955	.	,990
Lava_costas	148,8850	1295,674	,941	.	,990
Lava_períneo	148,8673	1295,277	,955	.	,990
Lava_membros_inferiores	148,8673	1295,277	,955	.	,990
Seca_cabeça	148,8761	1294,413	,959	.	,990
Seca_rosto	148,7168	1307,526	,848	.	,990
Seca_tronco	148,8761	1294,413	,959	.	,990
Seca os membros superiores	148,8761	1294,413	,959	.	,990
Seca_costas	148,8938	1295,203	,940	.	,990
Seca_períneo	148,8761	1294,413	,959	.	,990
Seca_membros_inferiores	148,8761	1294,413	,959	.	,990
Lavar_dentes	148,6106	1320,061	,750	.	,991
Pentear_	148,6637	1315,457	,786	.	,991
Secar_cabelo	148,8407	1298,653	,914	.	,990
Reunir_comida_prato	148,6372	1314,537	,786	.	,991
Cortar_alimentos_prato	148,6549	1316,871	,736	.	,991
Abrir_recipientes	148,6991	1313,909	,760	.	,991
Levar_alimentos_boca	148,4248	1343,675	,507	.	,991
Veste_roupa_parte_superior	148,7611	1307,987	,838	.	,990
Veste_roupa_parte_inferior	148,8407	1299,564	,884	.	,990
Calça_meias	148,9027	1293,249	,935	.	,990
Calça_sapatos	148,8673	1293,348	,948	.	,990
Despe_roupa_parte_superior	148,7788	1304,852	,876	.	,990
Despe_roupa_parte_inferior	148,8584	1298,176	,896	.	,990
Despe_meias	148,9204	1292,217	,943	.	,990
Suporta_proprio_peso	148,5664	1330,891	,694	.	,991
Caminha_ritmo_lento	148,5929	1330,279	,697	.	,991
Caminha_ritmo_moderado	148,8673	1298,009	,868	.	,990
Caminha_ritmo_acelerado	149,8761	1312,931	,467	.	,992
Caminha_quarto	148,6283	1327,771	,661	.	,991
Caminha_casa	148,6283	1323,539	,740	.	,991
Percorre_pequenas_distancias	148,7434	1312,246	,800	.	,991
Percorre_medias_dist	148,9381	1298,630	,817	.	,991
Percorre_grandes_dist	149,0442	1288,668	,849	.	,990
Pla_inc_pequenas_dist	148,8938	1298,899	,865	.	,990
Pla_inc_medias_dist	149,0177	1292,357	,839	.	,990
Pla_inc_grandes_dist	149,1504	1290,629	,780	.	,991
Sobe_escadas_1_lanço	148,9292	1295,227	,874	.	,990
Sobe_escadas_2_lanço	149,0531	1288,908	,847	.	,990
Sobe_escadas_mais_2_lanço	149,1770	1290,379	,779	.	,991